

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.	L. LANDOUZY Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.	H. ROGER Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.	M. LETULLE Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.	L. OLIVIER Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE Médecin des Eaux de Luchon.	M. LERMOYER Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.	

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à

M. LE D^r DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi

De 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

TRACHÉOTOMIE, LARYNGOTOMIE SOUS-HYOIDIENNE, par le D^r LONGBOIS 153

ANALYSES

Chirurgie : De la cure radicale des hernies, par M. S. DUPLAY 154

Obstétrique et Gynécologie : Du traitement du cordon ombilical, par M. WAINSTEIN. — Un cas de traumatisme grave pendant la grossesse; accouchement normal à terme, par M. THOMAS 154

Maladies des enfants : Note sur deux cas de purpura infectieux et toxique chez des enfants, par M. H. CLAUDE 155

Neurologie et Psychiatrie : Affections primitives combinées des faisceaux de la moelle, par M. NOTHMANN 155

Ophthalmologie : Sur la sensibilité de la cornée, M. E. KRUCKMANN. — La diphtérie oculaire et son traitement par le sérum antidiphtérique, par M. EVERZKY. — Sur le glaucome expérimental du lapin et sur le rôle de l'angle irido-cornéen dans la pression intraoculaire, par M. F. BENTZEN 155

Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Scarlatine et angine diphtérique précoce, par M. P. BEAUCHANT. — Mastoïdite à épanchement séro-muqueux. Evacuation par compression de l'air dans le conduit auditif, par M. A. COURTADE. — Complications des empyèmes des cavités accessoires du nez, par M. LITZVITZ. — Modification à la technique opératoire de la perforation de l'apophyse mastoïde, par M. A. COURTADE 156

Médecine légale et toxicologie : Edème des paupières consécutif à une injection de chlorhydrate de cocaïne pour l'extraction d'une dent, par M. DUCHESNE 156

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Traitement du cancer du rectum; procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-péritonéale, M. QUÉNU. — Présentation des pièces d'une ancienne gastro-entérostomie par le bouton de Chaput, M. CHAPUT CXXV

Société médicale des hôpitaux : Ostéo-périostites multiples consécutives à la fièvre typhoïde; absence du bacille d'Eberth dans le pus, MM. TUFFIER et WIDAL. — Ostéite typhique débutant au cours de la maladie et disparaissant au moment de la défervescence, M. F. WIDAL. — Ictère grave hyperthermique développé au cours d'un cancer secondaire du foie, M. HANOT. — Etat gastrique dans l'anémie pernicieuse progressive, M. HAYEM. M. MENÉTRIÉR. — Aphasie urémique, M. RENDU. MM. HANOT, MENÉTRIÉR, GUYOT, DUFLOQ CXXVI

Société anatomique : Cancer du sein, M. PILLET. — Dégénérescence calcaire de la plèvre, M. POIX. — Fracture du col du fémur. Résorption des deux fragments, M. MERMET. — Kystes hydatiques des trompes, M. BENOIT. — Cancer latent de l'estomac, M. MARTIN. — Fracture de l'omoplate, M. MORESTIN. — Fracture du crâne, M. MORESTIN. — Hernie rétro-péritonéale, M. MORESTIN. — Endocardite infectieuse du cœur droit, MM. F. BESANÇON et DUDRY. — Péricardite purulente latente

à pneumocoques, M. GRIFFON. — Urotère double, M. GRIFFON. — Gastro-entéranastomose, M. CHAPUT. — Fibro-sarcome des nerfs, MM. LEGUET et MARIEN. CXXVII

Société de thérapeutique : Discussion sur les accidents de la vésication cantharidée, M. FERRAND, MM. HUCHARD, ADRIAN, MATHIEU, LE GENDRE, SAINT-YVES-MÉNARD CXXVII

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle : Sur l'utilité d'un crachoir de poche, M. VALLIN, M. MARTIN. — L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène, M. J. NAVARRE. — Etat actuel des travaux d'assainissement de Marseille, M. GENTS CXXVIII

Société médico-chirurgicale : Note sur deux laparotomies, M. M. FOURRIER. — Accidents consécutifs aux injections, MM. VERCHÈRE, MOUTIER, DEBRIGODE, POTHE-RAT, VERCHÈRE, TRIPET, POTHE-RAT, GROUSSIN, POTHE-RAT, VERCHÈRE, MOUTIER, VERCHÈRE. — Un cas de rubéole dans un foyer de rougeole, M. H. DAUCHEZ CXXVIII

Sociétés étrangères : Allemagne, Russie CXXIX

HOPITAUX

Jurys des concours des hôpitaux. — § 4. Par un arrêté du 21 mars 1896, pris sur l'avis conforme du conseil de surveillance et approuvé le 24 du même mois par M. le Préfet de la Seine, les §§ 5, 6, 7, 8 et 9 de l'art. 106 du règlement sur le service de santé, relatifs au tirage des membres des jurys des concours ont été remplacés par les dispositions suivantes.

§ 5. Nul ne peut faire partie du jury de deux concours consécutifs de même ordre, sauf dans le cas exceptionnel énoncé ci-après § 8.

§ 6. D'autre part, même s'il ne s'agit pas de concours de même ordre, un membre ayant siégé dans un jury ne peut être de nouveau désigné comme juge qu'après deux années d'intervalle à dater de la clôture du précédent concours, s'il est médecin, et une année, s'il est chirurgien, accoucheur ou pharmacien. Cette règle ne s'appliquera pas, toutefois, aux concours pour la médaille d'or, pour l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie, pour les emplois d'internes à l'hospice de Bréviaires, enfin pour l'emploi de chirurgien ou de médecin de l'hôpital de Berck, de l'hôpital de Forges, de la Fondation Brézin et autres établissements similaires.

§ 7. Dans le cas où le nombre des noms restant à mettre dans l'urne après les éliminations conformes aux règles énoncées aux §§ 5 et 6 ci-dessus, ne serait pas au moins double de celui des membres à désigner, la liste de ces noms serait complétée au moyen des noms écartés en vertu du § 6.

§ 8. Enfin, dans le cas où, même après cette adjonction, le nombre des noms à mettre dans l'urne serait encore inférieur au double de celui des membres à désigner, on ajouterait à ces noms ceux des membres éliminés en vertu du § 5.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Ont obtenu :

MM.	Séance du 26 Mars.	
MM.	Rieffel	24
Liot	Souligoux	21
Reblaud	Villemin	22

Asile Sainte-Anne. — M. le D^r ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté à l'Asile Sainte-Anne commencera le samedi 18 Avril 1896, à 9 heures et demie du matin, un cours complet et élémentaire d'aliénation mentale et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure, avant la leçon de M. le professeur JOFFROY.

RUBINAT SOURCE LLORACH
Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

NOUVELLES

Société de chirurgie. — Ordre du jour de la séance prochaine (1^{er} Avril 1896).

Rapport : Laryngotomie interférico-thyroïdienne, par M. Gouguenheim; Rapport par M. Richelot.

Communications : Nouvelle application du salol iodé par M. Reynier. Luxation congénitale de la hanche, par M. Broca.

Le mercredi 8 Avril, il n'y aura pas de séance.

Congrès allemand de chirurgie. — Pendant le XXV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, sera célébrée cette année le vingt-cinquième anniversaire de la Société.

Le 26 mai, à 8 heures du soir, il y aura réception solennelle des membres du Congrès au palais du Reichstag. Le 27 mai, à 10 heures du matin, des couronnes seront déposées sur les tombes de Bardeleben et Langenbeck par le Comité du Congrès et les membres qui voudront y prendre part.

Le même jour, à midi, ouverture solennelle du Congrès sous la présidence de von Bergmann.

Les rapports suivants seront lus, après le discours du président :

Esmarch (Kiel). Résultats de l'étude sur l'anémie totale expérimentale.

Bruns (Tubingue). Traitement actuel du goitre.

König (Berlin). Historique des travaux sur la tuberculose locale faits dans les derniers vingt-cinq ans.

Wölfler (Prague). Interventions chirurgicales sur le tube gastro-intestinal.

Sonnenburg (Berlin). Interventions opératoires sur l'appendice cæcal.

Langenbuch (Berlin). Interventions chirurgicales sur les voies biliaires.

Congrès de Moscou. — Nous avons signalé, dans un de nos précédents numéros, un article de M. Kartchaguine dans lequel l'auteur demandait qu'une seule langue soit admise au XII^e Congrès de Moscou, la langue française. Aujourd'hui, devant la décision du Comité d'organisation qui admet trois langues, M. Kartchaguine revient de nouveau sur cette question.

S'il est impossible, dit-il, d'autoriser d'ores et déjà que l'emploi d'une seule langue, il faudrait, en attendant une mesure définitive, n'admettre en tout cas que deux langues : le français et la langue du pays où aura lieu le Congrès. Il est à espérer que les médecins du pays éviteront le plus possible l'emploi de l'une ou l'autre langue maternelle; il n'y aura donc en réalité qu'une langue.

Puisque la question du choix de la langue est si difficile, M. Kartchaguine revient à son premier projet, lequel pourrait encore être exécuté. Il propose que, dans chaque pays, les médecins donnent leur avis sur la langue à adopter aux Congrès; ces avis seraient transmis par les Sociétés médicales ou Facultés de médecine, au Comité d'organisation du XII^e Congrès de Moscou. De cette façon, on collationnerait l'avis de tous les médecins, et, d'après la majorité, on pourrait décider quelle langue il faut choisir comme unique, pour les futurs Congrès internationaux de médecine. Ces avis devraient être remis au Comité avant le 1-13 janvier 1897. Il serait à désirer que la langue française fût choisie. En tous cas, lorsqu'on aura choisi une seule langue, il est probable que les médecins anglais et américains s'inclineront devant cette décision et n'exprimeront plus leur mécontentement de ne pas voir la langue anglaise figurer parmi les langues autorisées au Congrès.

Le Comité d'organisation a décidé de faire éditer, pour les membres participant au Congrès, l'historique des Sociétés médicales russes et la description des cliniques et des diverses institutions médicales de l'Université de Moscou.

Phospho-Glyco-
Glycophosphate
de fer et Manganèse

FER CHEYNET

VICHY-CÉLESTINS

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

POUGUES ST-LÉGER Souverain antidote
des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

25 Mars 1896.

Traitement du cancer du rectum; procédé nouveau d'extirpation totale, abdomino-périnéale. — M. QUÉNU. J'ai été chargé de présenter un rapport sur ce sujet à propos d'un mémoire de M. Gaudier (de Lille).

Avant de décrire la technique opératoire recommandée par notre confrère, j'ai cru bon de présenter au préalable un bref exposé des conditions dans lesquelles nous sommes appelés à intervenir, quand nous avons à traiter un cancer du rectum; il m'a semblé que le problème, étant ainsi mieux posé, la critique des méthodes et des procédés serait plus facile, et que les avantages ou les inconvénients de la nouvelle opération proposée par M. Gaudier seraient d'une appréciation plus équitable.

En présence d'un malade atteint de carcinome rectal, nous avons toujours deux questions à résoudre :

1^o Est-il possible de tenter une cure radicale?

2^o A quel procédé opératoire devons-nous recourir pour ce cas particulier?

La possibilité d'une cure radicale, l'indication opératoire, autrement dit, est essentiellement liée aux méthodes et à la technique dont nous disposons; le moindre perfectionnement élargit tout d'un coup le champ des interventions et renverse toutes les idées admises jusque-là sur les contre-indications; c'est là précisément ce qui est arrivé pour le rectum : le cul-de-sac péritonéal établissait, il y a peu d'années, une démarcation absolue entre les néoplasmes qu'on pouvait opérer et ceux auxquels on ne devait pas toucher sous peine de mort; cette barrière est tombée devant l'antisepsie, et l'ouverture du péritoine est devenue, pour toute une catégorie de cas, un temps prévu et réglé d'avance.

On donnait il y a peu de temps encore, comme limite à l'intervention, celle-là même que marquait le bout du doigt introduit dans le rectum, de telle sorte que les cancers du haut de l'ampoule restaient hors de l'atteinte chirurgicale, trop profonds, comme disait Volkmann en 1884, au Congrès de Copenhague, pour une laparotomie, et trop élevés pour être extirpés du dehors. Les recherches cadavériques bientôt suivies d'applications sur le vivant, de Kraske, vinrent à un tel point reculer les limites de l'opérabilité des cancers, que bientôt on put, avec quelques chances de succès, extirper des segments de 12 et 14 centimètres, dépasser même les limites du rectum, telles que nous les comprenons, c'est-à-dire la 3^e vertèbre sacrée, pour s'attaquer à l'anse malade. Je rappelle ici, sans les approuver, les interventions de Bardenheuer¹ qui enleva 23, 30 centimètres d'intestin et plus encore. Il est bon d'ajouter que les libérations nécessaires pour permettre la descente de telles longueurs ont maintes fois déterminé la gangrène du segment sus-jacent à l'excès, c'est-à-dire du bout fixé dans la plaie sacrée.

Nous devons cependant déclarer que les chirurgiens allemands se montrent assez disposés à tenir peu de compte de la hauteur du néoplasme dans leurs déterminations opératoires.

Esmarch qualifie d'extrêmement facile la résection du rectum au niveau de la base du sacrum, c'est-à-dire de la totalité du rectum tel qu'il était autrefois délimité, soit 20, ou 22 centimètres d'intestin.

Hochenegg² a de même et avec succès fait porter sa section à la hauteur de l'articulation sacro-iliaque et d'autres après lui. On pourrait en conclure que la contre-indication tirée de la hauteur du néoplasme rectal n'existe plus, mais il faut bien savoir que l'abaissement de la partie à extirper n'est pas toujours également facile; aussi voyons-nous Hochenegg conclure que ce n'est qu'après l'opération préalable, c'est-à-dire après la résection du coccyx et de l'aile sacrée, que les choses deviennent claires et qu'on peut décider si l'opération peut être faite ou non.

De la sorte, la mobilité du rectum malade prend plus d'importance que la hauteur du cancer. Cette mobilité est diminuée par la formation d'adhérences anormales avec les parties voisines, soit en avant avec la vessie, la prostate ou le vagin, soit en arrière avec le périoste sacrococcygien.

Ces adhérences sont parfois simplement inflammatoires, et elles ne font que compliquer la mobilisation de la partie à enlever. Il est cliniquement difficile de les distinguer des adhérences qui reconnaissent pour cause l'extension de la tumeur aux organes voisins; aussi devra-t-on se défier des tumeurs rectales que le doigt ne peut facilement faire glisser sur les parties voisines. A plus forte raison tiendra-t-on pour inopérables la forme absolument infiltrée dans laquelle, même sans grande extension en hauteur, toute la paroi rectale est transformée en un tube rigide avec propagation au tissu des fosses ischio-rectales.

On pourrait résumer ces contre-indications en disant que la tumeur opérable est celle qui est restée con-

finée aux parois du rectum, en ne modifiant rien de ses connexions et de sa mobilité.

L'extension à distance par les voies lymphatiques crée évidemment une mauvaise condition de succès : l'existence de ganglions inguinaux sans être une contre-indication absolue, est peu encourageante. En revanche, l'abstention est commandée par la constatation de lésions qui ne laissent aucun doute sur la généralisation : telles une tumeur de l'ombilic, un ganglion induré dans le creux sus-claviculaire comme l'a observé mon ami Hartmann, une augmentation inégale du foie, etc. Ai-je besoin d'ajouter que l'état général du malade doit tenir la plus grande place dans la détermination du chirurgien, l'âge, l'affaiblissement par les pertes sanguines ou la dépression morale, l'état des émonctoires et en particulier des reins, voilà autant de considérations à faire entrer en ligne de compte; tel malade, porteur d'une lésion étendue, peut au prix de quelques risques bénéficier d'une tentative opératoire, si d'ailleurs son état général est très satisfaisant. C'est l'éternelle équation que la chirurgie nous oblige à poser entre la vie à sauver d'un sujet et la gravité de l'acte chirurgical. Pour le rectum la question est plus compliquée, car nous attendons du patient qu'il résiste non seulement au traumatisme infligé, mais encore à un certain degré d'infection que nos moyens d'exérèse rectale sont encore impuissants à lui épargner.

L'indication opératoire admise, quel mode d'intervention faut-il adopter?

Le cancer du rectum n'est pas justiciable d'un seul mode d'intervention; j'entends par là que nous n'avons pas seulement à faire un choix entre les très nombreux procédés imaginés depuis ces dernières années, mais que nous devons, en présence d'une lésion à siège et à étendue variables, envisager un certain nombre de types et chercher quel procédé opératoire convient le mieux à chacun d'eux. J'avais en un court mémoire publié dans la *Presse médicale*⁴, proposé d'établir les quatre types suivants :

1^o Un type *bas placé* ayant pris naissance au-dessous des attaches du releveur de l'anus; c'est le cancer de la portion anale du rectum.

2^o Un type *haut placé* ayant son extrémité inférieure au cul-de-sac péritonéal et s'étendant plus ou moins jusqu'à atteindre l'origine de l'anse oméga.

3^o Un type *moyen infra-péritonéal* mais sus-jacent au releveur.

4^o Enfin un type *d'envahissement total* représenté par les cas où toute l'étendue du rectum est envahie, depuis l'anus jusqu'à 12 et 15 centimètres au-dessus, soit que l'épithélioma ait débuté simultanément par tous les points, soit que, plutôt parti d'une des trois divisions du rectum, il ait secondairement envahi les deux autres. Ces divisions ne me paraissent pas artificielles, car elles comportent non pas seulement un procédé différent mais un plan d'attaque tout autre. Toute opération radicale pour le cancer du rectum comprend en effet deux actes successifs, un acte d'exérèse, un acte de réparation fonctionnelle. Le premier exige assurément des sacrifices variables, puisque de la hauteur du néoplasme va dépendre la nécessité ou l'innuitilité d'une opération préliminaire, telle que la résection du coccyx et du sacrum. D'autre part la facilité, voire la possibilité, de la réparation fonctionnelle ne dépend plus seulement de la hauteur du mal mais aussi de son étendue.

Le segment anal est-il seul intéressé? l'anus chirurgical siègera à la place de l'anus normal mais dépourvu de sphincter.

Le segment sus-jacent au releveur mais infra-péritonéal est-il seul envahi? on se trouve dans les meilleures conditions pour obtenir une réparation fonctionnelle idéale puisque l'anus garde sa place et ses propriétés d'anneau contractile muni d'un sphincter volontaire.

Quand le segment supérieur du rectum est le siège du cancer, le mode de réparation précéderait encore à la rigueur possible; le plus souvent on aboutit à faire un anus sacré. Reste enfin le dernier type; ici encore l'anus sacré s'impose avec cette complication qu'au-dessus de lui demeurera une cavité pleine de graisse et de vaisseaux et qui n'est autre que les fosses ischio-rectales réunies en une sorte d'excavation par la disparition du rectum extirpé. En résumé, le résultat fonctionnel est en partie indépendant du procédé chirurgical, il est essentiellement en rapport avec le siège et l'étendue du néoplasme suivant les types que nous avons établis plus haut.

Ces préliminaires me paraissent devoir d'autant plus précéder l'analyse du travail de M. Gaudier qu'il adopte la division que j'ai proposée, qu'il a dit-il, en vue, soit mon second, soit mon quatrième type, c'est-à-dire soit le cancer haut placé, atteignant les confins de l'S iliaque, soit le cancer qui envahit tout le rectum depuis l'anus jusqu'à 15 centimètres au-dessus. Pour ces cas précis, M. Gaudier accepte la solution que j'avais donnée pour mon quatrième type; il se résout à l'anus iliaque définitif. Son procédé consiste, d'une part, dans la formation d'un anus iliaque définitif, et, d'autre part, dans l'extirpation totale de tout le rectum et d'une portion de l'S iliaque. M. Gaudier qualifie son opération d'abdomino-périnéale parce que les manœuvres d'extirpation s'ac-

complissent successivement par le ventre ouvert et par le périnée. Le premier temps est essentiellement abdominal : on commence par faire une laparotomie médiane le malade étant placé dans la position inclinée de Trendelenburg. Le ventre ouvert, la main se dirige immédiatement en arrière dans le petit bassin, reconnaît le rectum, le suit en remontant et ramène dans le champ opératoire la partie culminante de l'oméga iliaque. Cette exploration permet de délimiter d'une façon précise la limite supérieure du mal elle est facilitée par l'usage d'un large écarteur antérieur qui applique la vessie contre le pubis.

On procède alors, après avoir garni de compresses la cavité abdominale, à la section du gros intestin. Pour cela, l'S iliaque ayant été attiré au dehors, on perfore son mésentère avec une aiguille armée d'une forte soie et on pratique une double ligature de l'intestin en laissant un intervalle de 4 centimètres entre les deux fils. Une mèche de gaze, introduite par la brèche mésocolique avant la section intestinale, est destinée à recueillir les quelques gouttes de liquide septique qui pourraient s'écouler de la minime portion d'intestin en aval de la ligature. L'intestin sectionné, chaque tranche est oblitérée par une nouvelle ligature et coiffée d'une pièce de gaze iodoformée. Un aide tient, dans l'angle supérieur de la plaie, le bout supérieur; un second aide tient le bout inférieur dans l'angle inférieur. Ce dernier porte fortement en avant contre la paroi abdominale le fil qui tient le bout inférieur, il tend de la sorte et étale le mésocolon; cette manœuvre permet soit d'appliquer un clamp sur ce mésocolon, soit de le lier de haut en bas le plus loin possible; en avant, on peut déjà inciser le péritoine au niveau du cul de sac vésico-rectal.

Ces temps accomplis, le malade est mis dans la position de la taille; le doigt infra-rectal garni d'un gant en caoutchouc circonscrit, par une incision circulaire, l'anus qu'a étreint avec une forte soie. Ensuite on décolle en avant le rectum, et on rejoint le cul-de-sac vésico-rectal qui a été déjà incisé. Latéralement on coupe les releveurs. En arrière, le rectum tient encore par l'extrémité inférieure de son méso et quelques brides vasculaires. On libère et on prend le bout dans un clamp courbe; ou bien, on fait des ligatures. Tout le gros intestin jusque et y compris une partie de l'anse oméga est enfin descendu par la plaie périnéale. Reste le temps de réparation. Le bout supérieur de l'anse oméga est placé dans l'angle inférieur de la plaie et fixé par quelques points de suture toujours muni de sa ligature qui doit demeurer vingt-quatre ou trente-six heures. La plaie périnéale est réunie entièrement; une sonde à demeure est placée dans la vessie. Telle est l'opération que M. Gaudier a imaginée sur le cadavre, qu'il a exécutée sur le vivant une fois et à laquelle il attribue les avantages suivants :

L'extirpation complète du cancer intestinal;

L'extirpation des ganglions.

La possibilité d'accomplir cette extirpation étendue sans violer les lois de l'asepsie. Jamais, dit-il, l'opérateur n'est ou ne peut être souillé par les liquides intestinaux;

En outre, l'intervention n'aurait aucune chance d'amener le shock opératoire, à cause de sa rapidité; enfin, elle évite les délabrements osseux nécessités par l'opération de Kraske, tout cela il est vrai au prix d'un anus contre nature mais d'un anus facilement nettoyable et supportable.

L'opéré de M. Gaudier est mort au 5^e jour, mais le résultat malheureux de son unique tentative ne saurait suffire à faire condamner son procédé; il convient en effet de discuter ce qu'on pourrait faire dans les cas du deuxième et du quatrième type que j'ai spécifiés plus haut. Je met de côté les premier et troisième types, c'est-à-dire le type cancer anal et le type cancer rectal supra-sphinctérien mais infra-péritonéal; examinons les ressources dont nous disposons pour les deux autres.

En présence d'un cancer rectal dont la limite inférieure est le cul-de-sac péritonéal et la limite supérieure cliniquement indéterminée, nous n'avons à notre disposition, si nous nous décidons à intervenir, que l'opération de Kraske. Le temps préliminaire de cette opération, à savoir la résection de l'aile sacrée et du coccyx, peut seule nous apprendre si nous avons quelque chance de pousser plus loin notre opération et d'obtenir une cure radicale; notre décision prise, nous devons libérer le rectum réséquer la partie malade et abaisser le bout supérieur, de manière, soit à l'amener au contact du bout inférieur, soit à établir un anus sacré. Le rectum, après libération au-dessous du cul-de-sac péritonéal, ayant été sectionné entre deux ligatures élastiques au-dessous de la tumeur, un tampon de gaze iodoformée a été appliqué sur chaque tranche, le cul-de-sac péritonéal est délibérément amené le long de ses attaches à l'intestin, et le segment rectal abaissé le plus possible; cet abaissement est formé par le décollement préalable de la face postérieure du rectum à l'aide de l'index agissant en avant du sacrum; son étendue me paraît offrir quelque variabilité. L'écueil est que, d'une part, pour réussir une suture des deux bords intestinaux il faut mobiliser le supérieur au point qu'il s'affronte à l'autre sans traction, et que, d'autre part, cette mobilisation à outrance peut être suivie d'une mortification de l'intestin. Entre ces deux alternatives, la plupart des chirurgiens arrivent à se résigner à l'anus sacré.

L'opération type de Kraske qui comprend le rétablissement idéal de la continuité intestinale jusqu'à

1. BARDENHEUER. — *Arch. f. klin. chir.*, 1891, p. 887.
2. HOCHENEGG. — *Wiener klin. Woch.*, 1889, 26, 28, 29.

1. E. QUÉNU. — « L'extirpation du rectum cancéreux », *Presse médicale*, n° 56, 9 Novembre 1895, p. 449.

l'anus ne trouve donc pas ici son entière application. Les partisans quand même de la suture intestinale sont si peu sûrs de l'obtenir qu'ils recommandent de ne pas réunir la peau au niveau de cette suture, que d'autres, comme Hochenegg, conseillent de ne tenter qu'une réunion partielle de l'intestin, laissant de parti pris une fistule sacrée que fermera ultérieurement une autoplastie spéciale. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, même prises en bloc (et non en s'en tenant aux cas défavorables comme ceux que j'examine), les opérations de Kraske ont donné des fistules sacrées dans la proportion de 68 pour 100, d'après la statistique de Frank à la clinique d'Albert. Nous pouvons conclure de ce qui précède que l'ablation d'un cancer du troisième type a grandes chances d'aboutir à la formation d'un anus sacré. Je n'ai pas besoin d'insister sur les inconvénients considérables de cet anus sacré.

En résumé, l'opération de Kraske, excellente pour les cancers du segment moyen, atteignant ou même dépassant le cul-de-sac péritonéal, devient plus aléatoire, avec des suites fonctionnelles infiniment moins satisfaisantes, si elle s'adresse à des cancers qui du cul-de-sac péritonéal comme limite inférieure s'étendent, en l'englobant partiellement, jusqu'à l'anse oméga.

Pour ces cancers de l'anse oméga ou de la toute extrémité supérieure du rectum, je ne verrai aucun inconvénient à commencer l'opération comme pour un Kraske, à sectionner, après ligature élastique, le rectum au-dessous du néoplasme et à tenter la libération et la descente du segment malade. La mobilisation est-elle facile et sans délabrement, on s'en tiendrait à l'anus sacré, quitte plus tard à utiliser le prolapsus s'il se produisait pour rétablir l'anus à sa place. La mobilisation est-elle laborieuse et a-t-elle exigé qu'on touche au méso-rectum et qu'on compromette, par suite, la vitalité de l'intestin, je serais d'avis de réséquer tout le rectum et une partie de l'anse oméga en pratiquant une laparotomie médiane et en établissant un anus iliaque définitif. L'opération d'excision recto-sigmoïdale serait d'autant plus facile qu'il ne resterait qu'à plier le mésentère dans sa partie accessible, le décollement de l'anse, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal étant déjà un fait accompli; je ne verrais aucune nécessité de compliquer l'opération et de multiplier les surfaces d'excrèse, en extirpant tout le segment inférieur sain du rectum, comme nous le propose M. Gaudier. J'ai répété sur le cadavre cette opération que j'appellerai sacro-abdominale par opposition à l'opération abdomino-périnéale de M. Gaudier; elle m'a paru facile.

Reste à discuter le quatrième type, celui d'envahissement total, celui auquel les Allemands appliquent l'opération, non plus de la résection du rectum, ce qui veut dire excision partielle, mais de l'amputation du rectum. J'ai essayé de montrer déjà que tous nos procédés opératoires, y compris celui de Kraske, sont insuffisants vis-à-vis de cette localisation étendue du cancer rectal; pour peu que le mal s'élève au delà de 14 ou 15 centimètres, le bout supérieur n'est plus abaissable jusqu'à la place occupée jadis par l'anus, ou, du moins, il n'est plus abaissable sans traction, sans décollement excessif; il faut encore se résigner à l'anus sacré, mais à l'anus sacré définitif.

L'idée d'enlever le rectum par une voie mixte ne me paraît pas irrationnelle; elle reculerait à coup sûr l'opérabilité de certains cancers haut placés, tels que le cancer de mon deuxième type. Pour ceux du quatrième type, elle aurait sur mon procédé l'avantage de mieux réaliser, non l'asepsie opératoire immédiate, mais l'asepsie consécutive, celle qui suit la section du bout supérieur, par le fil qui l'étreint; elle comblerait donc une lacune importante. Ici encore, sans pouvoir apporter une autre chose que des arguments d'ordre anatomique, je modifierais l'opération de M. Gaudier en substituant la libération inférieure par la voie sacrée à la libération par la voie périnéale, et je terminerais par le temps abdominal au lieu de commencer par lui.

Présentation des pièces d'une ancienne gastro-entérostomie par le bouton de Chaput. — M. Chaput. Je vous présente les pièces d'une malade que j'ai opérée en Septembre 1893 d'une gastro-entérostomie pour un cancer du pylore. La malade est morte ces jours derniers, avec une survie de plus de cinq mois. Pendant tout ce temps, elle a pu s'alimenter avec du lait sans vomir. Elle a succombé à la cachexie occasionnée par le volume des masses ganglionnaires cancéreuses.

En examinant les pièces, vous pouvez constater que le bouton était libre dans la cavité stomacale; l'orifice gastro-jéjunal mesure 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large, ses bords sont minces et souples et il n'y a aucune tendance à la rétraction.

Outre la gastro-entérostomie, j'avais fait une ligature à la gaze iodoformée sur le bout supérieur du jéjunum pour empêcher la bile de remonter dans l'estomac et j'avais, en outre, établi une entéro-anastomose entre l'anse ascendante et la descendante pour permettre l'écoulement de la bile dans l'intestin malgré la ligature.

L'orifice de l'entéro-anastomose mesure 4 centimètres de longueur et 2 centimètres et demi de largeur. Ses bords sont minces, souples, sans tendances à la rétraction; ces dimensions sont identiques à celles du bouton employé.

On peut voir encore que la ligature iodoformée est passée dans la lumière de l'intestin. Elle a pénétré de

vive force dans cet organe, et elle a coupé peu à peu la portion d'intestin qu'elle entourait; elle est encore retenue par une bride qui représente le reste de la portion enserrée par elle.

Le bouton de l'entéro-anastomose n'était pas dans l'intestin; il a passé dans les selles sans qu'on l'ait retrouvé.

Le bouton stomacal était incrusté de matières alimentaires, mais nullement oxydé. Il portait dans sa gouttière les deux fils des sutures en bourse.

L'élimination du bouton me paraît se faire par une atrophie lente des parties serrées dans la gouttière du bouton, au bout de quelques semaines, donc très lentement; la pression a usé, sectionné la base des tissus serrés dans la gouttière et le bouton qui n'est plus retenu tombe fatalement dans l'estomac ou l'intestin.

Cette action est très lente, elle ne saurait exposer à la perforation aiguë, qui est un des plus grands inconvénients du bouton de Murphy.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

27 Mars 1896.

Ostéo-périostites multiples consécutives à la fièvre typhoïde; absence du bacille d'Eberth dans le pus. — MM. Tuffier et Vidal. Nous venons d'observer chez un ancien typhique trois ostéites suppurées des tibias, ayant débuté un mois après la convalescence et ayant évolué d'une façon froide et apyrétique. Le pus examiné seize mois après le début de la maladie, ne contenait plus de microbes. Ces abcès périostiques avaient été incisés à quelques jours de distance et le pus, semencé en grande quantité en divers milieux, n'avait fourni de culture ni de bacilles d'Eberth, ni d'aucun autre microbe.

Le bacille d'Eberth peut vivre durant de longs mois dans le pus d'une ostéo-myélite typhique, et l'un de nous a rapporté précédemment un cas où ce microbe existait encore dans le pus dix-huit mois après le début de la dothiéntérie. L'observation présente nous montre, contrairement à la règle, l'absence de bacilles d'Eberth dans le pus d'ostéites typhiques devenues processus éteints. Ce microbe avait sans doute fini par mourir dans le pus de ces ostéites, comme le pneumocoque meurt parfois dans le pus de suppurations post-pneumoniques.

Ostéite typhique débutant au cours de la maladie et disparaissant au moment de la défervescence. — M. F. Vidal. Les complications osseuses de la fièvre typhoïde sont presque toujours des accidents tardifs, apparaissant, en général, dans le premier mois qui suit la convalescence. Il semble, comme nous l'avons déjà soutenu ailleurs, que chez un sujet à moitié immunisé par une dothiéntérie qui vient de finir, le bacille d'Eberth puisse encore se multiplier aux points où le hasard l'a abandonné. Si l'immunité est incomplète, elle est du moins suffisante pour donner au tissu osseux la force de résister, et de la réaction de ce tissu résulte une inflammation locale, phagocytaire, qui se traduit cliniquement par l'apparition d'ostéites de types divers.

Il est à la règle des exceptions, et nous venons d'observer un cas d'ostéite costale développée non pas dans la convalescence, mais en pleine évolution d'une fièvre typhoïde prolongée, ostéite dont la résolution s'est faite en même temps que la défervescence de la dothiéntérie.

Au vingt-septième jour d'une fièvre typhoïde de forme grave, alors que la température continuait à osciller autour de 39 degrés, on découvre chez notre malade, au niveau de la 9^e côte gauche en arrière, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, une tumeur grosse comme la moitié d'un œuf de poule, et dont le grand axe suit la direction de la côte. Cette tumeur a, dans toutes ses parties la dureté de l'os; elle se confond absolument avec le tissu de la côte et elle est indolente à la pression. La peau à son niveau est recouverte d'une tache rouge lie de vin, à bords irrégulièrement et brusquement découpés.

L'exostose s'accrut encore légèrement pendant les quelques jours qui suivirent son développement, puis elle subit une fonte si rapide durant les derniers jours de la maladie, qu'au moment de la défervescence qui se fit au quarante et unième jour, la tumeur osseuse était à peine appréciable. Elle avait complètement disparu quelques jours après le début de la convalescence, et sa place resta marquée par un léger affaissement de la côte.

Ce cas est un exemple d'ostéite développée non dans la convalescence, mais dans le cours d'une fièvre typhoïde; la rapidité d'évolution de la lésion, sa disparition au moment de la défervescence, aussi bien que sa date d'apparition, nous ont paru dignes d'être rapportées. Ces faits, qui s'écartent de la règle, contribuent à compléter l'histoire naturelle déjà si curieuse de ces ostéites typhiques.

M. Rendu. La très intéressante communication de M. Vidal me remémore un fait absolument analogue que j'ai observé il y a trois ans. Je soignais un enfant atteint de fièvre typhoïde, et le diagnostic était encore incertain, faute de taches rosées lenticulaires, lorsque apparut une manifestation dans la région sterno-claviculaire. Ce fut une ostéo-périostite qui évolua pendant

tout le cours de la fièvre typhoïde, commençant avec elle, finissant au moment de la défervescence. L'examen bactériologique ne fut pas fait.

Ictère grave hyperthermique développé au cours d'un cancer secondaire du foie. — M. Hanot. Je viens d'observer récemment un cas qui mérite l'attention. Une femme atteinte de cancer secondaire du foie, mourut après avoir présenté pendant quelques jours tous les symptômes de l'ictère grave hyperthermique; la température s'éleva jusqu'à 41 degrés. L'examen bactériologique du sang décèle la présence du streptocoque. Ce fait confirme donc la classification que j'ai faite des ictères graves: les uns sont *hypothermiques* et relèvent d'une infection par le coli-bacille; les autres sont *hyperthermiques* et reconnaissent comme agents infectieux soit le staphylocoque, soit le streptocoque.

Etat gastrique dans l'anémie pernicieuse progressive. — M. Hayem. On a divisé les cas d'anémie pernicieuse progressive en deux catégories. Dans la première se rangent tous les cas d'anémie pernicieuse progressive, sans cause connue; dans la seconde, se groupe tout une série de faits relevant d'une cause organopathique quelconque.

Quelques auteurs ont cru pouvoir reconnaître comme cause de l'anémie pernicieuse progressive, soit-disant protopathique, des altérations gastriques, plus ou moins intenses.

Je viens d'examiner deux malades dont la comparaison est intéressante.

Une femme de soixante ans mourut d'une anémie pernicieuse progressive. L'autopsie fut pratiquée.

Les viscères ne présentaient que des altérations insignifiantes, sauf l'estomac, dont la muqueuse était considérablement atrophie.

Un second malade mourut également d'une anémie pernicieuse; l'examen le plus minutieux de la muqueuse gastrique ne décèle aucune altération.

De la comparaison de ces deux faits on peut conclure que l'anémie pernicieuse peut évidemment s'accompagner de lésions gastriques, mais que ces lésions sont indépendantes et peuvent manquer.

Il est cependant possible que les affections gastriques soient agents de déglobulisation. Ce fait est prouvé par deux malades que j'ai actuellement dans mon service.

L'un a une gastrique interstitielle subaiguë, avec catarrhe muco-purulent; l'autre souffre de dyspepsie aseptique, ayant amené une cachexie telle que l'on crut pendant quelques jours à l'existence d'un cancer.

Ces deux malades étaient profondément anémiés. Sous l'influence du traitement de leurs affections gastriques, l'anémie disparut. Je dois ajouter que, dans ces cas, l'anémie était extrême, mais se différenciait complètement par les caractères histo-chimiques du sang, de l'anémie pernicieuse progressive.

M. Ménétrier. Deux cas que j'ai observés il y a quelque temps viennent à l'appui de l'opinion de M. Hayem; les autopsies démontrèrent l'intégrité absolue des muqueuses gastriques. On ne peut donc dire que l'anémie pernicieuse progressive relève d'une affection gastrique.

Aphasie urémique. — M. Rendu. On a cru pendant longtemps que l'urémie cérébrale devait se manifester par des symptômes ne pouvant reconnaître aucune localisation. Plusieurs exemples cependant vinrent démontrer la possibilité réelle d'une lésion localisée. J'en ai eu récemment une preuve dans mon service.

Un homme de cinquante-six ans est pris subitement d'une attaque apoplectiforme, on l'apporte à Necker. Je le vis le lendemain matin; le malade avait repris connaissance, trois symptômes attirèrent de suite mon attention: aphasie, monoplégie brachiale droite, souffle systolique à la base du cœur; je pensai donc à une embolie partielle du ventricule gauche.

Quelques jours après, le malade fut pris sans cause comme d'une dyspnée intense, revêtant bientôt le rythme de Cheyne-Stokes; urines rares, albumineuses. Une saignée fut pratiquée immédiatement; l'analyse chimique du sang décèle la présence de 75 centigrammes d'urée par litre.

Le diagnostic n'était donc pas douteux: urémie à forme dyspnéique.

Après la saignée, l'état du malade s'améliora; la dyspnée disparut, la somnolence se dissipa peu à peu; le vocabulaire s'agrandit, et un mois après, il ne restait plus aucune trace de l'aphasie, de la monoplégie brachiale, des symptômes urémiques.

Il y eut dans cette observation une corrélation si évidente entre les troubles cérébraux (aphasie et monoplégie) et les troubles d'intoxication urémique, qu'il me semble légitime de les englober dans une même pathogénie.

M. Hanot. Il est incontestable qu'il existe des aphasies au cours des maladies infectieuses; je ne vois pas pourquoi il n'y aurait pas des aphasies dans les intoxications.

M. Ménétrier. J'ai également observé un fait qui se rapproche de celui de M. Rendu, en voici le résumé: aphasie survenant dans le cours d'une attaque d'urémie, saignée, suivie d'une amélioration considérable; puis les symptômes reparurent, et la mort survint trois jours après. Malheureusement l'autopsie ne fut pas faite.

M. Guyot. J'ai déjà publié plusieurs faits analogues, démontrant l'existence de l'aphasie, symptôme d'origine urémique; ces faits sont assez fréquents, ils s'accom-

pagnent cependant rarement de paralysies, et le cas signalé par M. Rendu est un des plus curieux.

M. Duflocq. L'origine infectieuse de ces troubles fonctionnels, sans substratum anatomique, est également démontrée; j'en ai eu plusieurs exemples chez les cholériques.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

27 Mars 1896.

Cancer du sein. — M. Pilliet montre une tumeur du sein. La femme qui la portait, était atteinte depuis quatre ans. Elle est morte de cachexie cancéreuse. La pièce est surtout intéressante par l'étendue de la néoplasie. Tout le sein est pris, les côtes dans toute la portion correspondante à la tumeur étaient englobées par le cancer et dégénérées, les muscles suppurés. Il y avait en outre quelques noyaux secondaires dans le péricarde, dans le foie et dans une des plèvres.

Dégénérescence calcaire de la plèvre. — M. Poix présente des pièces provenant de l'autopsie d'un ancien hémiplegique, porteur de lésions athéromateuses généralisées. La plèvre gauche a subi une dégénérescence calcaire dans toute sa portion thoracique aux dépens de son feuillet pariétal; elle est transformée à ce niveau en une véritable carapace, d'une épaisseur d'un centimètre environ; ses adhérences à la plèvre viscérale sont assez friables, elle adhère au contraire intimement à la paroi costale par sa face externe qui présente l'empreinte des côtes et des espaces intercostaux.

Fracture du col du fémur. Résorption des deux fragments. — M. Mermet présente les pièces d'une fracture intra-capsulaire du col du fémur, recueillies à l'autopsie d'une vieille femme de soixante-dix-huit ans, morte quatre mois après l'accident.

Le point intéressant de cette pièce anatomique est la résorption osseuse considérable subie par les fragments; celle-ci a porté non seulement sur la tête fémorale, comme on le croit généralement, mais aussi sur le fragment trochantérien. Le col fémoral a disparu presque en entier.

Kystes hydatiques des trompes. — M. Benoit rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une tumeur abdominale développée depuis plusieurs années. On avait porté successivement les diagnostics de fibromes utérins, kystes de l'ovaire, tumeur de l'épiploon, etc. On pratiqua l'extirpation chirurgicale et l'on trouva deux énormes trompes kystiques. L'une présentait 60 centimètres de longueur, l'autre 52. Elles étaient remplies d'hydatides, et sur la pièce présentée, on percevait très facilement le frémissement hydatique.

Cancer latent de l'estomac. — M. Martin présente un cancer en nappe de la face postérieure de l'estomac ayant gagné la petite courbure, le cardia et le pylore, avec généralisation au foie, au mésentère et au pancréas.

L'observation nous paraît intéressante à cause de l'évolution latente et très rapide (deux mois et demi) du néoplasme qui ne s'est manifesté par aucun signe physique ni fonctionnel local, ni tumeur ou réticence à la palpation, ni douleur à la pression, ni vomissements d'aucune sorte, ni mélena sauf quelques heures avant la mort.

Les seuls symptômes étaient : anémie profonde, douleurs sacrées et lombaires, puis amaigrissement.

Fracture de l'omoplate. — M. Morestin. Le trait de fracture formait un V à pointe inférieure et siégeait au-dessous de l'épine.

Fracture du crâne. — M. Morestin montre un crâne, présentant un enfoncement de la fosse temporale gauche, et une fracture de l'apophyse zygomatique. De la fosse temporale partent deux traits de fracture : un postérieur et un antérieur. Ce dernier traverse l'étage moyen du crâne, sectionne le sphénoïde et sépare complètement le crâne en deux parties, que l'on pouvait disjoindre facilement, une antérieure et une postérieure.

Hernie rétro-péritonéale. — M. Morestin montre une pièce de hernie rétro-péritonéale. Il existait à droite une grosse poche remplie d'anses intestinales. Sur le bord de cette poche, l'intestin s'était coudé et avait occasionné une occlusion intestinale, qui avait dû entraîner la mort.

Endocardite infectieuse du cœur droit. — MM. F. Besançon et Oudry présentent un cœur qui est le siège d'une volumineuse endocardite infectieuse du cœur droit : sur la valve antérieure de la valve tricuspide, existe un énorme bourgeon mamelonné de couleur verdâtre, du volume d'une très grosse noix; cette masse remplit la cavité du ventricule droit; l'examen bactériologique montre qu'il s'agit d'endocardite à staphylocoques.

Cette endocardite avait eu une évolution assez lente de un mois environ; les symptômes généraux d'infection, fièvre vive à grandes oscillations, diarrhée, teint terreux, joints à la constatation d'un souffle systolique, avaient permis à M. le docteur Faisans, dans le service duquel était entré le malade, de porter le diagnostic d'endocardite infectieuse. La localisation exacte de l'endocardite avait été impossible; l'examen clinique décelait un souffle systolique rugueux se propageant dans l'aisselle gauche, bien que l'orifice mitral fut absolument indemne. La porte d'entrée des microbes pyogènes ayant produit cette endocardite survenue chez un homme de cinquante-deux ans, sans tare cardiaque antérieure, est inconnue.

Péricardite purulente latente à pneumocoques.

— M. Griffon présente, au nom de M. de Beurmann et au sien, le cœur d'une jeune fille de dix-sept ans qui, guérie de sa blennorrhagie, succomba en plein état typhoïde, sans phénomènes cardiaques. A l'autopsie, on trouva une péricardite purulente et une endocardite aiguë.

Les feuillets du péricarde n'étant pas dépolis, on s'explique l'absence pendant la vie de bruits de frottement. Le pus était cantonné à la base et en arrière; la face antérieure du cœur restait accolée à la paroi thoracique; c'est peut-être pour cette raison que les bruits du cœur étaient normaux.

Urètre double. — M. Griffon montre un nouveau cas de duplicité d'urètre, à son origine, dans son trajet et sa terminaison.

Gastro-entéroanastomose. — M. Chaput présente un nouveau procédé de gastro-entéroanastomose et d'entéro-anastomose sans ouvrir l'intestin. L'opération se pratique en quatre temps :

1° On dessine sur l'estomac et sur l'intestin deux petits losanges, on enlève en disséquant, toute la musculature de cette région; on a ainsi deux plaies présentant chacune une lèvre antérieure et une lèvre postérieure; le fond de la plaie est formé par la muqueuse.

2° On suture la lèvre postérieure de la plaie intestinale à la lèvre postérieure de la plaie stomacale.

3° On passe ensuite un peu de potasse caustique sur la face profonde de la muqueuse de façon à la mortifier.

4° Enfin, on suture les deux lèvres antérieures des plaies stomacales et intestinales.

Les résultats obtenus par M. Chaput sur les chiens sont jusqu'ici excellents. L'un d'eux a présenté une selle au bout de trois jours; ce qui prouve que la muqueuse mortifiée s'est rapidement éliminée et a établi une communication entre l'intestin et l'estomac.

Fibro-sarcome des nerfs. — MM. Legueu et Marien montrent un fibro-sarcome développé dans le nerf sciatique au niveau de l'ischion.

Cette tumeur qui avait atteint le volume des deux poings, répond à la description classique du fibro-sarcome fasciculé.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

25 Mars 1896.

Discussion sur les accidents de la vésication cantharidée. — M. Ferrand prend la parole pour répondre au virulent réquisitoire prononcé, à la dernière séance, par M. Huchard contre le vésicatoire cantharidé. Il espère prouver à ses collègues que cette médication n'est pas responsable de tous les méfaits qu'on lui a reprochés.

Le vésicatoire peut-il rendre des services? Sans aucun doute, et il n'est pas de praticien qui, en interrogeant ses souvenirs, ne puisse citer des exemples à l'appui de cette assertion. Dans une foule de circonstances, qu'il serait trop long d'énumérer, l'influence bienfaisante de cet agent thérapeutique, tant décrié aujourd'hui, a été démontrée avec une évidence qui doit entraîner la conviction. Mais, ce même vésicatoire a, plus d'une fois, donné lieu à des accidents redoutables? Rien n'est plus certain, seulement il s'agit de s'entendre. Tous les médicaments sont capables de provoquer des intoxications quand ils sont employés sans mesure. Est-ce une raison suffisante pour en proscrire l'usage? On a accusé le vésicatoire de réveiller des néphrites latentes et, qui plus est, de susciter des processus phlegmasiques dans des reins parfaitement normaux. Ce sont là des faits excessivement rares, survenus à la suite d'une application vésicante trop étendue et trop prolongée, chez des sujets d'une susceptibilité toute particulière. On a ensuite reproché au vésicatoire de créer une plaie, source possible d'infection; c'est au médecin éclairé et judicieux de prévenir cette complication; quand elle est aseptiquement pansée, l'ampoule du vésicatoire ne suppure pas, et ne peut, par conséquent, pas donner lieu à des manifestations septiques.

Un fait qui démontre bien que les accidents imputés au vésicatoire cantharidé doivent être mis sur le compte de ceux qui ne savent pas s'en servir, c'est que la cantharidine, employée à doses faibles, est douée, au contraire, d'une action diurétique attestée par des hommes comme Cruveilhier et Lancereaux qui, eux, n'ont pas hésité à la prescrire à des brightiques, et cela, dans le but d'agir efficacement sur le filtre rénal.

Le vésicatoire ne mérite donc pas l'ostracisme dont on veut le frapper : il a rendu, il rend encore, il rendra toujours des services, à la condition d'être manié avec circonspection et en connaissance de cause. La physiologie pathologique, corroborant les données fournies par la clinique, vient d'ailleurs de démontrer que la vésication cantharidée peut, dans une certaine mesure, concourir à la défense de l'organisme, en favorisant le processus de la phagocytose.

M. Huchard, tout en acceptant les explications données par M. Ferrand, n'en persiste pas moins à considérer le vésicatoire comme un agent thérapeutique dangereux, détestable même, et méritant d'être définitivement exclu de la pratique médicale. Non seulement il constitue une menace perpétuelle pour le rein, mais, qui pis est, il

tient, grande ouverte, une porte d'entrée capable de livrer accès aux plus redoutables infections. C'est surtout dans les pyrexies aiguës que son usage doit être proscrit; les pneumonies, les broncho-pneumonies, les pleurésies, la fièvre typhoïde, etc., n'ont jamais été améliorées sous l'influence de la vésication cantharidienne. En ayant recours à ce mode de traitement le seul résultat qu'on puisse en attendre, c'est l'introduction dans l'économie, déjà si compromise par l'action des sécrétions microbiennes, d'un nouveau facteur d'intoxication susceptible de provoquer les plus graves désordres.

L'influence du vésicatoire cantharidé est également des plus funestes aux cardiaques, aux sujets atteints d'angine de poitrine, attendu que, chez ces malades, la dépuration urinaire est, en général, plus ou moins entravée. Quant aux épistaxis, et quoi qu'en ait dit Verneuil, l'emplâtre cantharidé est absolument impuissant à les tarir : M. Huchard s'est bien des fois adressé à ce moyen, il a toujours régulièrement échoué.

M. Adrian, en se plaçant au point de vue purement thérapeutique et pharmaceutique, fait remarquer que le vésicatoire cantharidé est le seul agent que l'on possède, capable de produire la vésication telle qu'on la conçoit généralement, c'est-à-dire une vésication lente, progressive et peu douloureuse. Il reconnaît cependant que l'emplâtre vésicant vulgaire pourrait être avantageusement remplacé par le vésicatoire liquide de Bidet.

M. Mathieu se montre incrédule, en ce qui concerne le rôle attribué par M. Ferrand au vésicatoire, de solliciter le processus phagocytaire; en tous cas, ce serait un point d'appel placé hors de la sphère d'action des phagocytes; autant vaudrait appliquer un cautère. Le vésicatoire a fait son temps; son règne est passé; nous avons entre les mains bien d'autres agents révulsifs tels que le chlorure de méthyle, les cataplasmes sinapisés, les ventouses, etc., moyens au moins aussi efficaces que l'emplâtre cantharidé, et qui sont loin d'en présenter les sérieux inconvénients. On peut encore prescrire le vésicatoire comme moyen de suggestion, mais il n'est plus permis de voir en lui une médication basée sur des données scientifiques.

M. Le Gendre croit aussi que le vésicatoire est capable d'agir par suggestion; à ce point de vue, il peut donc rendre des services; son usage est, par conséquent, assez indiqué pour les cas qui rentrent dans cette catégorie!

Quant à son influence sur la phagocytose, elle lui semble tout à fait problématique, car il est encore loin d'être démontré que le vésicatoire cantharidé ait le pouvoir de provoquer un processus phagocytaire généralisé.

En résumé, l'emplâtre vésicant est un topique dont il vaut mieux se passer, d'abord parce qu'il offre souvent des dangers, ensuite parce que, en admettant même qu'elle soit inoffensive, son application n'est presque jamais efficace; de plus, par la lésion qu'elle crée au niveau des téguments, il empêche le médecin de faire autre chose.

M. Saint-Yves-Ménard déclare que le vésicatoire cantharidé est très employé par les médecins vétérinaires; chez les chevaux, son influence est des plus efficaces; on le prescrit surtout pour combattre les tumeurs sanguines qui se développent à la suite des pressions exercées par la selle sur le dos de ces animaux. Il n'a jamais eu l'occasion d'observer d'accidents imputables à cette médication.

L. BAROZZI.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

25 Mars 1896.

Sur l'utilité d'un crachoir de poche. — M. Vallin, s'appuyant sur ce fait bien connu que les crachats des séchés des tuberculeux sont les facteurs les plus importants de dissémination de la tuberculose, recommande l'emploi de crachoirs de poche qui permettraient aux phthisiques et à tous les catarrheux d'expectorer sans danger pour leurs voisins. L'appareil en verre bleu muni d'une soupape à ressort, qu'il montre à la Société, ne paraît pas convaincre les assistants. L'orifice est trop étroit et il est difficile de ne pas le salir extérieurement en crachant. En outre, il sera toujours bien difficile de persuader à un malade de porter toujours sur lui cet instrument, en réalité très incommode.

Au sujet de cette communication, M. Le Roy-Desbâres insiste sur l'utilité d'inscrire dans la loi sur la déclaration des maladies contagieuses, la tuberculose.

M. Vallin fait remarquer que l'Académie de médecine, après une longue discussion, a dû écarter cette maladie si répandue et à évolution si longue.

La désinfection chez les tuberculeux devrait se faire, non pas après le décès, précaution un peu illusoire, puisque c'est l'expectoration surtout qui est dangereuse, mais pendant toute la durée de la maladie et une fois par semaine au moins. Or, rendre la déclaration obligatoire, ce serait quintupler au moins les opérations du service de la désinfection.

M. Martin fait remarquer d'ailleurs que le service municipal accueille toutes les demandes de désinfection faites pour les tuberculeux et il rappelle que ce service a été fait pendant plus d'un an chez un malade qui avait réclamé spontanément la désinfection des linges.

A propos du service de désinfection, M. Martin fait remarquer que depuis l'apparition de la nomenclature

des maladies déclarables, dans laquelle la rougeole n'est pas inscrite, les demandes de désinfection pour cette affection ont diminué, par suite les foyers épidémiques sont moins bien connus. Peut-être, et c'est une opinion personnelle que nous émettons ainsi, les autorités municipales pourraient-elles remédier à la lacune laissée par la loi en inscrivant sur les cartes délivrées aux médecins sous la rubrique : maladies dont la déclaration est facultative, la rougeole et la tuberculose, sous les numéros 13 et 14.

L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène. — M. J. Navarre adresse un long mémoire sur cette question. Dans la première partie qui seule a été lue en séance, et qui traite de la situation actuelle, nous ne relevons rien de nouveau et l'auteur n'a fait que reproduire tout ce qui a été dit depuis un an à propos de Madagascar.

État actuel des travaux d'assainissement de Marseille. — M. Genis expose les travaux en voie d'exécution et sur le point d'être achevés qui doivent assurer à notre grand port un réseau d'égouts complet avec déversement à la mer. Nous n'insisterons pas ici sur les détails techniques de la construction de l'émissaire et des difficultés vaincues. Mais il faut remarquer que la municipalité marseillaise actuelle, peu soucieuse des intérêts sanitaires, n'a pris aucune disposition pour utiliser ce gigantesque travail quand il va être terminé et qui coûtera 30 millions.

Les maisons ne peuvent à l'heure actuelle être raccordées à l'égout et les vidanges continueront à se déverser, en partie du moins, dans le sous-sol transformé en puisard, pendant que les 122 kilomètres d'égouts recevront simplement l'eau de pluie.

Et cependant Marseille tient aujourd'hui le record de la mortalité : 32 pour 100, alors que Londres n'a que 19 pour 100.

L'année dernière encore, on comptait 130 décès par variole et par mois, alors que Paris n'avait que 17 décès pour toute l'année.

Quatre fois déjà le ministre de l'intérieur a mis en demeure la municipalité de prendre des mesures sanitaires, mais le maire ne tient aucun compte de ces avis. N'est-ce pas à Marseille comme le rappelait M. Martin, que, lors de la dernière épidémie de choléra, on crut satisfaire toutes les exigences des hygiénistes en brûlant pour 60.000 francs de soufre dans les égouts.

P. LANGLOIS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

23 Mars 1896.

Note sur deux laparotomies. — M. M. Fourrier présente les deux observations suivantes :

Obs. I : Eventration consécutive à la rupture spontanée de la cicatrice d'un ancien foyer de suppuration de la fosse iliaque droite. Laparotomie. Guérison. — Le 15 Juin 1893, j'étais appelé en toute hâte, à la fin de la journée, auprès d'une femme de soixante-quinze ans, habitant une pauvre hutte de bûcheron, sur les confins de la forêt, à environ quatre lieues de Compiègne. Cette femme était couchée en chien de fusil dans le décubitus latéral droit, sur un misérable grabat recouvert de draps très sales. Dans la concavité de l'arc de cercle formé par son corps, reposait la presque totalité de son intestin grêle ; les anses intestinales assez fortement distendues, présentaient sur leur surface, couleur lie de vin, de nombreuses plaques grisâtres formées par des fausses membranes de péritonite. En examinant de plus près, je constatai facilement que cet énorme paquet était sorti de la cavité abdominale par un orifice circulaire, dont la grandeur ne dépassait pas celle d'une pièce de 5 francs en argent, et situé dans la région iliaque, à 7 centimètres de l'arcade crurale.

Un interrogatoire sommaire m'apprit que, plusieurs années auparavant, la malade avait eu une inflammation suppurative du flanc droit, qui avait laissé sur la peau de la région droite du bas-ventre, une cicatrice de quelques centimètres, arrondie et rouge, que l'on n'avait jamais soutenue par un bandage quelconque.

Ce point cicatriciel était précisément celui par lequel l'intestin avait fait irruption au dehors. Sa rupture avait été spontanée. La veille, la femme X... s'était couchée à huit heures soir, sans éprouver aucune douleur. Dans la nuit, elle avait senti, sans en être d'ailleurs autrement incommodée : « quelque chose de chaud (sic) qui lui coulait sur le ventre », et ce n'est que le lendemain matin, qu'elle avait constaté l'accident qui venait de lui arriver.

Quand j'arrivai, les intestins étaient donc sortis depuis vingt-quatre heures, et aucune précaution n'avait été prise pour les garantir du contact de l'air et des souillures d'un lit, je l'ai dit, fort sale.

Plusieurs vomissements alimentaires et muqueux avaient eu lieu. T. 36°.8. Pouls régulier, bien frappé à 90. La malade très tranquille, avec l'indifférence propre à la plupart des vieux travailleurs de nos campagnes, répond d'une voix nette à nos questions et ne paraît même pas incommodée de l'état vraiment extraordinaire dans lequel elle se trouve.

Séance tenante, après chloroformisation, je pratiquai sur le flanc droit, une incision verticale de 12 centimètres correspondant par son milieu, à l'orifice cicatriciel, et je

me mis en demeure de rentrer l'intestin en le lavant au fur et à mesure de sa réintégration avec une solution tiède de liqueur de van Swieten. Sans aides, l'intestin étant assez fortement distendu, ce ne fut pas chose facile.

Après une demi-heure d'un labeur pénible, je parvins à réussir, et j'établis une forte suture de la paroi. Contre toute prévision, les suites furent des plus simples, la malade guérit rapidement sans avoir présenté d'élévation de température, ni de signes de péritonite.

Si j'ai rapporté ce fait avec quelques détails, c'est :

1° A cause de la curiosité de son étiologie ;

2° Comme exemple pour ainsi dire invraisemblable de tolérance péritonéale.

Obs. II : Occlusion intestinale par étranglement d'une anse de l'iléon dans l'hiatus de Winslow. Laparotomie. Guérison. — M. L..., cinquante-cinq ans, grand et fort, d'une très bonne santé habituelle, n'a jamais eu de maladie digne d'être notée.

Pas de constipation.

Depuis quelque temps, surmené par un travail excessif dans une sucrerie, il a fait un usage immodéré de boissons alcooliques, mais sans en ressentir encore de fâcheux effets du côté de l'intestin ou d'ailleurs.

Le 16 Janvier, excès alcooliques et refroidissement.

Dans la nuit, il est pris de coliques et d'une douleur vive dans la région droite de l'abdomen, avec nausées et vomissements alimentaires et bilieux.

Le 21 Janvier, mon excellent confrère le Dr Chocus (d'Atfichy), qui soigne le malade, me fait l'honneur de me prier de venir le voir avec lui.

La douleur, primitivement localisée à droite, s'est vite généralisée, mais elle conserve encore son maximum à droite. Les vomissements fréquents, sont nettement fécaloïdes ; la constipation est complète et l'émission des gaz par l'anus fait absolument défaut. Le ventre, moyennement ballonné, est douloureux à la pression, surtout à droite et en haut. Hernie inguinale double, mais facilement réductible.

Le faciès n'est pas trop altéré, la prostration pas trop considérable. T. 36°.5. Pouls régulier, bien frappé à 80. Bref, état général plutôt satisfaisant.

Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë s'imposait.

Le point de départ très net de la douleur, son maximum en haut et à droite, semblaient indiquer que l'obstacle siègeait dans cette région de l'abdomen. Quant à la nature, il me semblait impossible d'en préjuger.

Restait la question de traitement.

L'absence d'un matériel nécessaire nous empêchait d'essayer l'électricité, suivant la méthode de Boudet de Paris et Larat. Il fallait intervenir chirurgicalement.

La force du sujet et le maintien de son état général, à un niveau relativement très bon, me firent opter pour la laparotomie.

Me guidant sur le siège de la douleur, je la pratiquai dans le flanc droit.

Les anses intestinales, très distendues, firent immédiatement irruption par la plaie.

Le cœcum était vide. Après plus d'une demi-heure de recherches, je fus assez heureux pour sentir une anse de l'intestin grêle, profondément engagée dans une ouverture, que sa situation sous l'épiploon gastro-hépatique, me fit reconnaître pour l'hiatus de Winslow. La réduction de l'anse herniée fut facile ; celle des anses sorties par la plaie, beaucoup plus difficile.

Le lendemain de cette intervention, qui avait eu lieu le cinquième jour de l'étranglement, L... eut plusieurs selles abondantes. La guérison fut parfaite.

J'insiste sur deux points :

1° Sur la cause de l'étranglement, extrêmement rare, puisque M. Jalaguier dans son article du traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus, ne cite que trois cas d'étranglement aigu par l'hiatus de Winslow.

2° Sur le peu de ressources dont je disposais pour cette opération, que le hasard et les nécessités de la situation me forcèrent de pratiquer sans aide, dans une habitation d'ouvrier petite et mal installée, loin des ressources d'un centre un peu important.

Accidents consécutifs aux injections. — M. Verchère rapporte un fait analogue à celui rapporté par M. Potherat : il s'agissait d'une femme qui, elle, avait reçu dans le flanc droit une injection de sérum de Marmorek, et chez laquelle se développa ultérieurement une tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur mobile quand la paroi abdominale était dans le relâchement, devenait fixe, quand on faisait se contracter les muscles abdominaux. La fluctuation n'était pas très nette, mais cependant arrivait à être perçue avec beaucoup de soins. L'incision donna écoulement à un demi-litre environ de pus de bonne nature. La malade se rétablit très rapidement.

M. Moutier relate trois faits de malades ayant reçu une injection de liquide de Brown-Séquard : le liquide avait été filtré au préalable, et les précautions antiseptiques d'usage prises. Deux de ces malades eurent des abcès simples, peu volumineux. Le troisième, par contre, eut un énorme abcès avec décollement des masses musculaires de la région dorso-lombaire, qui, par l'incision, donna issue à un litre au moins de pus. Ce malade, atteint de tuberculose pulmonaire se trouva, chose remarquable, amélioré pour quelque temps. Il semble qu'il y a eu

chez lui un phénomène analogue aux faits rapportés par Fochier (de Lyon), abcès de fixation provoqués par l'essence de térébenthine dans un but thérapeutique.

M. Debrigode demande à M. Potherat si, chez son malade, l'état de santé antérieur pouvait avoir eu un effet déterminant sur la production de la collection purulente, sans qu'il y ait lieu d'incriminer l'injection, et en même temps, si dans les deux cas de MM. Potherat et Verchère, on a fait l'examen bactériologique du pus.

M. Potherat répond que certainement l'injection a été la cause de la collection purulente. Quant à l'examen bactériologique, il n'a pas été fait.

M. Verchère n'a pu non plus, malgré son désir, faire pratiquer cet examen, n'ayant rien pour recueillir le pus.

M. Tripet a vu souvent aussi, des indurations très douloureuses succéder aux injections séquardiennes et forcer les malades à renoncer au traitement. Ces indurations ont persisté jusqu'à deux ans, dans certains cas.

M. Potherat, fait remarquer qu'il s'agit également, dans les faits de suppuration, de phénomènes à longue échéance. Dans le cas qu'il a rapporté, c'est trois ans après l'injection. Il ne doit donc pas être question de la septicité du liquide injecté. Bien plutôt, on doit considérer ce dernier comme produisant des accidents, à titre de corps étranger introduit dans les tissus.

M. Groussin. Où a été faite l'injection ?

M. Potherat. Au point même où s'est développée la tumeur.

M. Verchère est d'accord avec M. Potherat sur le mode d'évolution de ces accidents. Il pense que l'on voit surtout se produire du pus vrai, quand il s'agit d'injections sous-cutanées.

Quand il s'agit d'injections intramusculaires, bien souvent comme le disait M. Tripet, se développent, au contraire, des indurations qui peuvent persister des années. Ces phénomènes peuvent se produire avec toute espèce d'injections. Les injections antisiphilitiques insolubles (huile grise, calomel) les produisent aussi. Elles peuvent durer un temps variable, quinze jours, plusieurs mois, des années. Il arrive que ce nodule induré subisse une fonte, et dans ce cas, on n'a pas de vrai pus, mais un liquide puriforme, couleur chocolat, qui n'est que le résultat d'une fonte, d'une nécrose cellulaire autour du corps étranger, ce qui est bien différent.

Dans une troisième catégorie de faits, la fonte cellulaire, produite autour de ces nodi, est plus considérable, elle occupe une étendue plus vaste. On a alors une sorte de phlegmon, mais on y trouve toujours le même liquide chocolat, quoique parfois, mais rarement, il y ait aussi du pus.

Il peut d'ailleurs arriver aussi que ces indurations se résorbent spontanément.

M. Moutier demande à M. Verchère quelle est la fréquence des accidents qu'il signale.

M. Verchère. Avec l'huile grise ou le calomel, environ un quart des malades injectés présentent ces nodules indurés. Par contre, il n'a pas constaté de ces indurations avec les injections de sérum artificiel.

Un cas de rubéole dans un foyer de rougeole. — M. H. Dauchez. Les caractères de la rubéole, affection relativement rare (si on la compare à la rougeole), présentent certains traits distinctifs que nous rappellerons au début de cette note pour montrer qu'en regard des cas typiques, s'en rencontrent quelques-uns qui prêtent à la discussion.

La rubéole, en effet, serait, suivant l'opinion commune, rarement sporadique, presque constamment épidémique. Netter la décrit comme polymorphe, prurigineuse, fébrile dans une certaine mesure, durant cinq à huit jours, et présentant des poussées successives.

Aucun de ces caractères ne se trouve dans l'observation que nous avons l'honneur de communiquer à la Société médico-chirurgicale. On n'y retrouve, en effet, que les grandes lignes de la rubéole : bénignité, rapidité d'évolution, exanthème et énanthème avec polyadénite, angine et coryza légers, etc., rougeole antérieure, etc.

Mais ce qui rendait ici le diagnostic plus délicat, c'était la coexistence d'une épidémie de rougeole, dans les rues voisines et dans l'appartement même, cinq semaines auparavant.

Nous donnerons d'abord ici, un résumé succinct de l'histoire de la maladie que nous ferons suivre de très courts commentaires.

Mlle de B..., âgée de seize ans, a été autrefois atteinte de la rougeole, étant enfant. En dehors de cette forme exanthématique, elle a toujours joui d'une excellente santé, n'a eu que plusieurs amygdalites, mais est très sujette à des manifestations éphémères de la peau (roséole, érythème émotif, urticaire, prurigo, eczéma lichenoïde). La moindre émotion, une course rapide provoquent des rougeurs vives de la peau, de l'injection des conjonctives qui durent un à deux jours.

Nous avions été appelé du 23 au 31 Décembre 1895 près de son jeune frère, atteint d'une rougeole des plus typiques, avec éruption de la peau et des muqueuses, fièvre, etc.

Le 3 Février 1896, nous sommes rappelés dans la famille de B..., pour Mlle de B... qui, depuis trente-six heures souffre de la gorge, et du cou, a un très léger coryza, les conjonctives un peu rosées, sans sécrétion, mais qui se plaint surtout de gonflement du cou, à la face profonde du sterno-mastoidien ; nous sentons en

effet, très manifestement une adénite cervicale profonde et rétro-auriculaire. La gorge est rosée, les amygdales (depuis longtemps hypertrophiées) sont rouges et sensibles.

La malade ne tousse pas, la voix est claire.

Le thermomètre placé dans l'aisselle marque 37°.4.

Enfin, nous trouvons à la face, sur le cou, dans le dos, et sur tout le thorax une éruption morbilliforme constituée par de nombreuses taches rosées, d'un très petit diamètre, presque punctiformes, légèrement papuleuses, qui ont paru moins de vingt-quatre heures après les prodromes.

Ces taches rosées, confluentes, ne provoquent aucun prurit, disparaissent sous le doigt, et sont mélangées d'eczéma licheniforme ancien.

Le 4 Février, l'éruption pâlit, le catarrhe conjonctival s'atténue. T. = 37°.5. L'angine érythémateuse s'efface. Le gonflement du cou persiste ainsi que la douleur. Pas de bronchite ni de laryngite.

Le 5 Février, état stationnaire. Apyrexie. L'éruption rubéolique persiste ainsi que le gonflement du cou. L'angine a disparu.

Le 7 Février, tout a disparu, sauf quelques marbrures de la peau. La douleur a disparu avec l'adénite cervicale et rétro-auriculaire, qui est à peine perceptible.

Une légère desquamation furfuracée peut se voir cependant lorsque l'on vient à gratter avec l'ongle.

Quelques bains sont prescrits par mesure de propreté, avant l'exeat.

Depuis lors, aucun nouveau cas de rubéole ne s'est produit dans cette famille précédemment infectée par la rougeole.

Au moment où nous observions M^{lle} de B... une épidémie de rougeole sévissait avec une vive intensité dans le quartier, mieux vaudrait dire dans tout Paris, et plus particulièrement dans notre clientèle.

Le frère de notre jeune malade avait eu lui-même la rougeole cinq semaines auparavant, délai trop long pour que la contagion puisse être incriminée, bien qu'aucune désinfection n'ait été faite.

Le rougeole peut sans doute récidiver et c'est là un fait assez commun.

Malgré ces considérations, le diagnostic de rubéole hésitant les deux premiers jours, s'imposait le troisième jour en raison de l'apyrexie complète, de la rapidité d'évolution, de la polyadénite cervicale, de la rougeole antérieurement déjà contractée par cette jeune fille, de la bénignité des exanthèmes.

La précision du diagnostic avait un intérêt majeur. M^{lle} de B... ayant trois frères et sœurs qui eussent été exclus sans pitié des cours, comme suspects, pendant trois à quatre semaines, bien qu'un isolement à peu près rigoureux eût été observé.

Huit jours après l'éruption, la malade était libérée, purgée de sa desquamation, et depuis lors aucun cas de contagion ni de rougeole, ni de rubéole ne s'est déclaré dans ce milieu.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

En reprenant notre Bulletin, après un intervalle d'un mois, nous allons essayer de donner au lecteur un aperçu aussi complet que possible, de ce qui s'est passé pendant ce temps dans les Sociétés allemandes. Laissant de côté les petits faits, les cas courants, qui constituent le pain quotidien des Sociétés, nous nous arrêterons sur les quelques communications qui ont été discutées et qui, à ce titre, méritent notre attention.

A Berlin, à la Société de médecine interne nous avons justement une longue discussion sur l'ictère chronique et sa pathogénie, soulevée par une communication de Rensers. Dans cette communication, Rensers a tenté un démembrement de l'ictère chronique, dit catarrhal, pour en dégager deux formes, l'une apyrétique, qui serait le résultat d'une intoxication par les ptomaines de l'intestin et mériterait par là le nom d'ictère toxique; l'autre, fébrile, s'accompagnant de tuméfaction de la rate, d'albuminurie, de lésions rénales, et résulterait d'une infection des voies biliaires: l'ictère serait alors infectieux de par les symptômes cliniques, de par la présence des microorganismes dans la bile, constatée soit à l'autopsie, soit pendant la vie, après ponction de la vésicule ou au cours de l'intervention. Quant à l'ictère chronique par obstruction du canal cholédoque, réalisée par le classique bouchon muqueux, Rensers le considère comme très, très rare, exceptionnel, autant dire fort problématique. Reste l'ictère des calculs.

Est-ce un ictère par rétention, où le calcul jouerait le même rôle que le problématique bouchon muqueux du cholédoque? Rensers ne le croit pas, car maintes fois, aux autopsies, il a pu constater, qu'en cas de lithiase biliaire avec ictère, l'obstruction du cholédoque n'est jamais complète. Dès lors, il est porté à considérer l'ictère de ces cas, non pas comme un ictère par rétention, mais bien comme un ictère par angiocholite et par lithiase.

Tels sont, en quelques lignes, les traits essentiels de la communication. En passant et incidemment, Rensers a signalé encore quelques faits assez intéressants: La vésicule est rétractée dans la lithiase, augmenté de volume en cas de cancer, où l'on trouve également

une dilatation concomitante de l'estomac, signe précieux quand le diagnostic est hésitant. La colique hépatique peut faire défaut dans la lithiase biliaire et exister sous une forme typique dans des cas où le foie ne renferme pas une seule concrétion, mais est entouré d'adhérences. Les frissons et la fièvre ne sont pas l'apanage de l'angiocholite calculeuse, et on peut les trouver en dehors de toute angiocholite, en dehors de toute lithiase. Toutes ces propositions ont été appuyées par Rensers sur des observations cliniques, sur des constatations faites au cours des interventions chirurgicales.

Voyons la discussion. A. Fraenkel a bien voulu accepter et l'ictère infectieux, étudié depuis dix ans par des médecins français et dont le type serait peut-être la maladie de Weil; et l'ictère toxique, tels que le comprend Rensers. Seulement, il ne croit pas que ces deux formes puissent épuiser toutes les modalités de l'ictère chronique. Sans croire au bouchon muqueux, il pense pourtant qu'il existe un ictère catarrhal qui est produit par la tuméfaction de la muqueuse des capillaires biliaires. Cette tuméfaction des capillaires biliaires, est également admise par Litten, par analogie avec ce qu'il a observé dans la fièvre récurrente qui, très souvent, se complique d'un ictère intense. En 1872, il a eu l'occasion, au cours d'une épidémie de fièvre récurrente, de faire une trentaine d'autopsies: jamais il n'a trouvé le fameux bouchon muqueux, mais en revanche il a constamment constaté que les voies biliaires capillaires étaient le siège d'un processus catarrhal, entravant la sécrétion de la bile. Maintenant, pour ce qui est de l'ictère infectieux, de la présence des microorganismes dans la bile, Litten fait observer que leur pénétration est subordonnée à la stase biliaire. La communication entre le foie et l'intestin est assez ouverte pour qu'il y ait toujours passage des bactéries de l'intestin dans le foie; seulement comme l'écoulement de la bile est constant, les envahisseurs sont balayés par le courant au fur et à mesure de leur pénétration: ils ne peuvent donc devenir nuisibles, pathogènes, que lorsque, pour une cause ou une autre, la bile stagne dans le foie.

Stadelmann a été encore plus précis dans sa critique de l'ictère infectieux, en faisant observer que la présence des microorganismes dans la bile, après la mort, est un phénomène post-mortel, d'aucune valeur au point de vue étiologique, et qu'en cas d'injection biliaire constatée pendant la vie, il suffit de donner issue à la bile pour faire disparaître l'ictère, ce qui ne se produirait pas s'il s'agissait réellement d'un ictère infectieux. Avec Litten, avec Freyhau qui, à l'appui de l'ictère toxique, a cité l'ictère qu'on observe quelquefois dans l'intoxication par le plomb, Stadelmann a trouvé que Rensers a fait trop bon marché de l'ictère catarrhal. C'est aussi l'avis de Liévin qui a presque pris la défense du bouchon muqueux, en faisant intervenir l'ictère des syphilitiques à la période secondaire, cet ictère pouvant, d'après lui, relever d'une lésion de la muqueuse intestinale au niveau de l'orifice cholédoque, lésion pouvant fort bien s'opposer à l'écoulement de la bile qui se trouve dans le foie, sous une pression tout à fait insignifiante; et dès lors ce que fait une plaque muqueuse, peut fort bien être réalisé par la tuméfaction du cholédoque. De même pour l'ictère toxique. Rensers est allé trop loin: l'ictère des nouveaux-nés n'est ni toxique ni infectieux, mais, très probablement, d'origine mécanique. Donc, encore une preuve en faveur d'un ictère par rétention, par obstacle à l'écoulement de la bile pouvant résider dans un état pathologique de la muqueuse du cholédoque.

Pour terminer cette longue discussion, il nous reste à rapporter quelques faits cliniques fort curieux cités au cours de la discussion. Gottschalk a cité l'observation d'une vieille femme, prise brusquement d'accidents d'étranglement intestinal, probablement par invagination du côlon ascendant. On fait la laparotomie et on trouve une vésicule biliaire énorme, descendant jusque dans la fosse iliaque et remplie de calculs. Kohn a rapporté le cas d'un homme entré dans le service pour un ictère d'origine calculeuse, et ayant succombé, avec des phénomènes de pyo-pneumothorax, après avoir présenté des hématemèses abondantes. A l'autopsie, on trouve, en dehors du pneumothorax, une angiocholite suppurée et une masse fibreuse autour du hile du foie, laquelle masse examinée sous le microscope, contenait des bacilles tuberculeux. Mayer enfin, a raconté l'histoire d'une femme atteinte de cholémie et opérée pour une lithiase. Le foie était normal, ne contenait pas de calculs: les accidents étaient provoqués par un rein mobile.

Une autre discussion qui mérite d'être relevée est celle qui eut lieu à la Société de médecine berlinoise, sur la péritonite gonorrhéique, soulevée par deux observations fort curieuses rapportées par Broese. Dans l'une, il s'agit d'une jeune femme soignée pour une métrite gonorrhéique avec annexite compliquée, à un moment donné, de pelvi-péritonite, qui aboutit à immobiliser l'utérus en rétro-flexion. Cinq ou six mois plus tard, quand les phénomènes aigus ont complètement disparu, Broese essaie de mobiliser l'utérus par le procédé de Schulze, et dès le lendemain, la malade est prise de tous les symptômes d'une péritonite généralisée extrêmement grave. Se rappelant des faits analogues publiés par Wertheim, par Veit, Broese attend, et l'orage s'apaise au bout de cinq jours de traitement par la glace et l'opium. Dans le second cas, où les accidents ont éclaté en apparence spontanément, chez une femme atteinte de salpin-

gite gonorrhéique, le médecin réclamait la laparotomie et ce n'est qu'après l'avis du professeur Olshausen, qui se rangea à l'opinion de Broese, que la malade n'a pas été opérée. Elle guérit comme la précédente, après avoir été dans un état qui faisait craindre à chaque moment l'issue fatale.

Avec ces faits, avec ceux de Weit, de Wertheim, Broese a essayé de tracer le tableau clinique de la péritonite gonorrhéique. Elle reproduit, symptôme par symptôme, la péritonite septique à streptocoques, mais se terminerait toujours par la guérison, spontanément, sans intervention, grâce à un traitement palliatif dont le repos, la glace et l'opium font tous les frais. Il s'agit donc de faire le diagnostic, afin de ne pas pratiquer une laparotomie inutile. D'après Broese, le diagnostic est possible, à la condition d'éliminer toutes les causes qui peuvent donner lieu à une péritonite streptococcique, et de trouver l'étiologie gonorrhéique des accidents péritonéaux.

Inutile de dire que le schéma de Broese n'a pas été accepté haut la main. Kiefer, étant assistant de Martin, a examiné bactériologiquement 11 cas de péritonite par rupture des pyosalpinx gonorrhéiques, et dans 10 cas il trouva du gonocoque. Or, chez aucune de ces malades, la température n'avait dépassé, avant l'opération, 38 degrés, tandis que chez les non opérées de Broese, la température atteignait 40 degrés, ce qui doit faire douter de l'origine gonorrhéique de ces péritonites. Lendin, qui voit annuellement, dans son service, un millier de femmes gonorrhéiques, n'a jamais observé un seul cas de péritonite dans le genre de ceux rapportés par Broese, et les péritonites qu'il a vues ne se distinguaient en rien des péritonites ordinaires. Dührssen, par contre, a accepté les idées de Broese, d'autant plus que, personnellement, il a observé deux cas analogues, c'est-à-dire qui ont guéri par la simple expectation. Disons pourtant que Baginsky a vu mourir une fillette de péritonite survenue au cours d'une vulvo-vaginite; à l'autopsie, on trouva dans le pus des gonocoques et des staphylocoques. Il s'agissait donc d'une infection mixte.

En province, nous avons aussi des faits intéressants à noter. Tout d'abord, la communication de Simmonds sur la pathogénie de l'athrepsie, faite à la Société médicale de Hambourg. L'idée principale de cette communication est la suivante: l'athrepsie est le résultat d'une infection générale de l'organisme par les microorganismes pathogènes de l'oreille. Simmonds, notamment, a été frappé de deux faits: fréquence des otites chez les athrepsiques (135 fois sur 140 cas examinés); fréquence des lésions rénales, qui sont celles de néphrite parenchymateuse. Il a donc examiné bactériologiquement l'oreille dans 60 cas d'otite et trouvé dans l'exsudat le plus souvent des pneumocoques, puis, par ordre de fréquence, des bacilles pyocyaniques et des staphylocoques. Il enseigne également, dans un certain nombre de cas, le parenchyme rénal, et y retrouvait les mêmes microorganismes, le pneumocoque et le staphylocoque. Dès lors, rien de plus simple que d'admettre que l'athrepsie est le résultat d'une infection générale par les microorganismes qui ont provoqué l'otite et qui sont éliminées par les reins. Pathogénie par trop simpliste, qui n'a que le mérite de l'originalité. En tout cas, ce qu'on peut retenir, c'est la fréquence extrême des otites chez les athrepsiques, ce que l'on savait déjà depuis Parrot, et la fréquence très grande des néphrites microbiennes, chez les mêmes petites malades.

A la Société physiologique de Kiel, Quincke a esquissé les conditions générales de la guérison des suppurations pulmonaires. Comme pour tous les abcès, la guérison ne peut se faire que par la formation d'une cicatrice qui amène l'accolement des parois de la cavité. Or, d'après Quincke, les conditions ne sont pas les mêmes, dans les sommets et les bases des poumons. Au niveau des bases, la cicatrice rétractile ne rencontre pas d'obstacle dans le rapprochement du parenchyme voisin, le thorax étant à ce niveau flexible, presque ouvert. Les conditions sont toutes autres au niveau des sommets, où le thorax est rigide. Il s'en suit que, si les abcès de la base peuvent guérir par le simple drainage, la guérison des abcès des sommets exigera, le plus souvent, une résection costale préalable. On comprend également que cette résection sera indiquée dans tous les cas où l'abcès aura provoqué une induration du parenchyme pulmonaire, de la plèvre etc., condition qui s'oppose à la rétraction du parenchyme pulmonaire destiné à combler la cavité de l'abcès.

RUSSIE

A la Société de psychiatrie et de neurologie de Saint-Petersbourg, Barichpolsky a communiqué le résultat de ses recherches sur les modifications de la circulation cérébrale des animaux, qu'on fait tourner sur un disque horizontal. Jusqu'à présent, Barichpolsky n'est arrivé à déterminer l'état de la circulation cérébrale qu'avant et après l'expérience. Voici quels sont les résultats qu'il a obtenus:

1° Si l'on fait tourner l'animal sur un disque horizontal, en le plaçant de telle façon, que sa tête soit dirigée vers la périphérie du disque, la pression intracrânienne s'élève; si on le place en position contraire, c'est-à-dire en dirigeant la tête vers le centre, la pression au contraire diminue toujours.

2° L'abaissement et l'élévation de la pression intracra-

ienne se trouvent en rapport direct de la rapidité et de la durée de la rotation.

3° L'abaissement de la pression intracranienne, la tête de l'animal étant dirigée vers le centre, est toujours plus prononcé que l'élévation de la pression, dans la position nerveuse de l'animal.

A la même Société **Bechtereff** a parlé de la **trépidation de la rotule comme symptôme des affections nerveuses**. Cette trépidation indique l'augmentation de l'excitabilité réflexe. On rencontre ce symptôme dans la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la paralysie cérébro-spinale agitante et les affections cérébro-spinales, déterminées par la dégénérescence descendante des faisceaux postérieurs. On peut également le rencontrer parfois dans les affections fonctionnelles du système nerveux, comme l'hystérie, la névrose traumatique, le paramyoclonus multiplex, etc. C'est la trépidation unilatérale qui a de l'importance, étant un symptôme d'une affection organique.

Golzinger demande si cette trépidation résulte toujours d'une dégénérescence secondaire.

Bechtereff répond que la dégénérescence secondaire n'est nullement nécessaire pour déterminer la trépidation de la rotule. A part les affections purement fonctionnelles qu'il vient d'indiquer, **Bechtereff** a pu obtenir la trépidation chez les épileptiques, quelques heures après l'accès, lorsque, bien entendu, il ne pouvait pas y avoir trace de dégénérescence secondaire.

Ostankoff estime que, d'une façon générale, on peut considérer la trépidation de la rotule comme un symptôme des affections cérébro-spinales organiques; c'est du moins, dans ces cas, qu'on la rencontre le plus souvent.

Signalons encore, à la même Société, une autre communication de **Bechtereff** concernant l'**influence de la volonté sur les battements cardiaques**. Il s'agit d'un individu qui se vante d'arrêter à volonté les battements de son cœur. Voici comment il procède, d'après **Bechtereff**. Après avoir fait quelques inspirations profondes, cet individu cesse de respirer et contracte fortement les muscles du thorax, de l'abdomen et des extrémités. Les bruits du cœur sont assourdis ainsi par les bruits musculaires. L'expérience dure quinze secondes environ, après quoi, les battements cardiaques deviennent de beaucoup plus fréquents, ce qui s'explique par l'arrêt de la respiration et un effort musculaire considérable.

Bechtereff a répété cette expérience sur lui-même et sur d'autres personnes, et il a pu se convaincre qu'on pouvait obtenir les mêmes résultats. A propos de ces cas, il relate deux observations, où l'action de la volonté sur la fonction cardiaque était incontestable. Dans un de ces cas, le sujet pouvait accélérer à volonté les battements cardiaques, dans l'autre, il pouvait les ralentir.

Notons encore la communication faite à la *Société de psychiatrie de Saint-Petersbourg* par **Néaronoff** sur un cas de **maladie de Thomsen**. Il s'agit d'un jeune matelot, chez lequel, tous les symptômes principaux de la maladie, sont entièrement prononcés et existent dès la première enfance. Les muscles, malgré leur volume considérable, possèdent une force inférieure à la moyenne. Les contractions musculaires, dans les mouvements volontaires, contractions qui, comme on le sait, sont caractéristiques pour la maladie de Thomsen, s'observent non seulement dans les muscles des extrémités et du tronc, mais aussi dans ceux de la face, dans les muscles masticateurs, orbiculaires et en partie dans la langue. Les mouvements de l'œil sont seuls exempts de ces contractions. Il est à remarquer que les mouvements réflexes, le clignement par exemple, se font facilement et normalement; les réflexes tendineux sont également normaux. Ce dernier fait ne s'explique pas facilement pour **Néaronoff** car, d'après tout ce qu'on sait de la maladie de Thomsen, l'origine de cette affection se trouve, non pas dans le cerveau, mais dans le système musculaire lui-même. Les excitabilités mécanique et électrique des muscles sont élevées et présentent toutes les particularités caractéristiques: on obtient les ondes d'Erb sous l'influence du courant continu. Les mêmes symptômes ont été observés chez le malade pendant le sommeil chloroformique.

Bechtereff fait remarquer que les mouvements réflexes chez ce malade ne s'accomplissent librement que lorsque les excitations sont faibles; il suffit de rendre ces dernières plus intenses, pour observer immédiatement un certain degré de convulsions. En outre, dans les mouvements volontaires, le degré de l'effort a une influence évidente sur l'apparition des convulsions.

Merjeewsky croit que, dans les fortes excitations (douleuruses), les mouvements cessent d'être purement réflexes et deviennent, à un certain degré, volontaires.

A la même Société, **Autonowsky** relate un cas d'**échinoques de la fossette rhomboïdale**. Il s'agit d'une femme de vingt et un ans présentant de l'inégalité pupillaire; en outre, la pupille droite, plus large, possédait un degré moindre d'accommodation et réagissait moins bien à la lumière. Vue baissée du même côté, sensibilité cutanée en général diminuée sur le côté droit du tronc; force musculaire diminuée sur le bras et la jambe droite; réflexes cutanés, du même côté, exagérés. La malade était mal développée intellectuellement, mais ne présentait pas de diminution notable de la mémoire. Deux mois après son entrée à l'hôpital, on pouvait, en se basant sur les phénomènes électriques, diagnostiquer chez elle une

tumeur cérébrale siégeant près du bulbe; elle ne tarda pas à mourir. A l'autopsie, on trouva, dans la partie supérieure de la fossette rhomboïdale, une vessie ayant le volume d'un œuf de poule. L'examen microscopique a montré que la tumeur était constituée par l'échinoque acéphalokyste.

Autonowsky, à l'appui de sa communication, présente toutes les pièces anatomiques, ainsi que les coupes microscopiques des parois du kyste.

Notons enfin un cas de **chorée grave chez une femme enceinte terminée par la mort**, communiqué par **Bechtereff** à la *Société des maladies nerveuses de Saint-Petersbourg*. Les mouvements choréiques étaient d'une intensité extraordinaire et ne cessaient même pas pendant la nuit. A propos de ces cas, **Bechtereff** insiste sur ce fait que la chorée grave n'est évidemment pas déterminée, comme on le croit généralement, par un simple réflexe. La maladie doit avoir des causes plus profondes, et la meilleure preuve qu'on puisse donner, c'est que la chorée n'a pas disparu après un accouchement prématuré artificiel; bien au contraire, les accès sont devenus notablement plus intenses. **Bechtereff** admet trois espèces de chorée au point de vue étiologique: 1° infectieuse, où la maladie serait déterminée par un microbe spécial décrit dernièrement par **Pianès**; 2° organique produite par des toxines formées dans le sang à la suite d'un trouble dans les échanges organiques; 3° nerveuse, à laquelle il faut rapporter tous les cas de chorée hystérique.

Blumeneau demande si la méningite est fréquente dans la chorée. **Bechtereff** répond que, dans le cas qu'il vient de relater, il y avait de la pachyméningite, mais qu'il est difficile de se prononcer définitivement sur la fréquence des affections des méninges. Néanmoins, ce qu'on peut dire, c'est que très probablement elles sont loin d'être rares.

Nous notons, à la *Société d'accouchements et de gynécologie de Kieff*, la communication de **Preznitzky** sur un cas de **lipome sous-séreux**. Il s'agit d'une femme de soixante-six ans qui présentait une tumeur du volume d'un œuf de poule, dans la région de la fossette inguinale externe. Les limites de la tumeur étaient nettement définies; elle n'augmentait pas sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux et était mate à la percussion. Étant donné la région et les caractères de cette tumeur, on pouvait supposer soit une hernie, soit une néoformation. Un examen gynécologique attentif démontra qu'il s'agissait d'un lipome sous-séreux. L'opération a confirmé le diagnostic: c'était un lipome qui avait traversé l'orifice inguinal interne. La tumeur fut réséquée après ligature et la malade guérit. Après avoir indiqué que le cas qu'il venait de relater confirmait la théorie de **Roser** et **Zindhart** sur la participation des lipomes sous-séreux dans la formation de hernies, **Preznitzky** a émis cette opinion que, dans ces cas, l'intervention chirurgicale est absolument indispensable, étant donné qu'il peut exister une véritable hernie derrière le lipome.

Rein communique à la même Société le cas suivant de **rupture de l'utérus pendant l'accouchement guérie par la laparotomie**. Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans qui accouchait pour la troisième fois. Ses antécédents ne présentaient rien d'anormal: ses deux premiers accouchements s'étaient bien passés. L'accouchement actuel a commencé à dix heures du matin. Vers trois heures de l'après-midi, la poche des eaux se rompit et il y eut précipitation du cordon et du bras droit du fœtus. Deux heures après, la sage-femme qui assistait la parturiente, se mit à tirer sur le bras et la malade sentit une intense douleur et une faiblesse générale. Les médecins, appelés à sept heures du soir, la trouvèrent dans un état demi-syncope et diagnostiquèrent une rupture de l'utérus; le pouls était de 128, la température de 37.5. On la transporta immédiatement à l'hôpital et, environ une heure et demie après, c'est-à-dire trois heures et demie après la rupture, on ouvrit le ventre. On trouva dans la cavité abdominale une grande quantité de sang et le fœtus avec le placenta; la rupture était située sur la paroi antérieure de l'utérus et se propageait vers l'insertion du ligament large gauche. On arrêta l'hémorragie par des tampons, la ligature des vaisseaux, etc., et, après avoir appliqué une large ligature sur la partie inférieure de l'utérus, on enleva celui-ci. Les suites opératoires furent fébriles, mais la malade finit par guérir.

Après avoir rappelé que c'est le vingt-cinquième cas de laparotomie dans les ruptures de l'utérus, et le quinzième qui s'est terminé par la guérison, **Rein** dit que, dans ces cas, l'intervention chirurgicale doit avoir lieu pendant les douze heures qui suivent la rupture; le succès sera d'autant plus certain qu'on interviendra de meilleure heure.

Woskressensky dit que, parmi les causes qui déterminent la rupture de l'utérus, l'imprudence et la violence ne sont pas toujours les principales. Le segment inférieur de l'utérus qui, d'après les recherches de **Hoffmeier**, constitue un tiers de cet organe, se distingue du col et du corps à proprement parler, par une disposition spéciale des fibres musculaires.

Dans les accouchements qui durent un certain temps, la limite du segment inférieur est nettement délimitée par la ligne de Baude.

L'extensibilité de ce segment augmente dans les cas

d'accouchements répétés et si les conditions sont défavorables; dans les bassins rétrécis, par exemple, la rupture peut se produire facilement. C'est cette extensibilité qui constitue la cause prédisposante essentielle de rupture pendant l'accouchement. La laparotomie est un moyen de guérison presque sûr, et c'est pour cela qu'il faut y recourir.

Rein répond que, dans le cas qu'il vient de relater, c'est justement la violence qui fut la cause de la rupture, celle-ci s'étant produite deux heures à peine après l'écoulement du liquide amniotique.

Signalons la communication faite par **Neitzky** à la *Société des médecins russes*, sur la **digestion sans bactéries**. On sait que Pasteur avait émis cette opinion, que l'action des microorganismes est nécessaire à la digestion, de sorte que la vie devenait impossible sans la collaboration de ces infiniment petits. Les recherches de **Neitzky** et de ses collaborateurs l'ont conduit à la conclusion contraire, à savoir que l'existence serait plus facile et plus agréable, si l'homme pouvait digérer les aliments sans l'aide des microbes. On sait que l'acidité du suc gastrique est nuisible aux microbes et qu'elle en tue un très grand nombre. Dans l'intestin grêle, une partie d'aliment est décomposée par des microbes, notamment par ceux qui décomposent les hydrates de carbone: il se forme alors des acides lactiques, acides et neutres, de l'alcool et d'autres produits du sucre. La décomposition des substances albuminoïdes, en ammoniac, acide éthylique, hydrogène sulfuré, etc., ne se produit que dans le gros intestin. De sorte que la part prise par les microbes dans la digestion stomacale est presque nulle; d'autre part, ils se développent mal, étant donnée la réaction acide du milieu. C'est donc dans le gros intestin seulement, où la réaction des parois et du contenu est alcaline, que les microbes prennent part à la décomposition des substances albuminoïdes. On peut cependant supposer, avec quelque raison, que la fonction digestive du gros intestin n'est pas indispensable à la vie.

Neitzky a eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'un anus contre nature, situé près la valvule de Bauhin, et qui avait vécu six mois, sans que son gros intestin fonctionnât. Dans un autre cas, relaté par **Janowsky**, la fistule avait duré trente-cinq ans; cette femme avait pu se marier et avoir des enfants, et, à l'opération, on avait trouvé le gros intestin presque complètement atrophié. Ces deux faits démontrent que la vie est possible sans la participation des microbes. Les recherches expérimentales, d'un autre côté, ont confirmé les observations cliniques: on a porté, sous une cloche remplie d'air stérilisé, un cobaye nouveau-né, et pendant toute une semaine, on l'a nourri avec du lait stérilisé; pendant ces huit jours, le poids du petit cobaye a augmenté de 10 grammes. En outre, son autopsie a montré que tous ses organes se trouvaient dans un état absolument normal.

Neitzky termine sa communication en disant que les microbes ne sont pas un mal nécessaire, mais un mal inévitable. On ne peut s'en débarrasser, mais nous sommes-ils absolument indispensables? voilà ce qu'on ne saurait dire. Les recherches ultérieures éclaireront et résoudront d'une façon définitive cette intéressante et très importante question.

A la *Société des médecins russes*, **Krouskoff** a fait une communication sur un cas de **rupture du cœur**. Il s'agit d'un professeur de l'Université de Kieff qui, il y a une dizaine de jours, fut atteint de grippe et qui, jusque-là, n'avait jamais présenté d'accidents morbides, à part des troubles gastro-intestinaux. Quelques minutes avant la mort, le malade, après avoir uriné, se plaignit d'une sensation syncopale et puis mourut. A l'autopsie, faite quatorze heures après la mort, on trouva ce qui suit. Foie hypertrophié dépassant de deux travers de doigt; reins légèrement mobiles, un litre environ d'un liquide séro-sanguinolent dans la plèvre droite, autant dans la plèvre gauche. Cœur augmenté de volume; paroi antérieure du ventricule droit notablement bombée; ventricule gauche vide; ventricule gauche contient quelques grammes de sang liquide. Rupture longue de 4 centimètres qui se trouve sur la paroi antérieure du ventricule gauche; ses bords sont d'une épaisseur de 6 à 7 millimètres, de sorte que, à cet endroit, la paroi cardiaque est certainement amincie. Le muscle cardiaque dans la région voisine de la rupture est mou, évidemment nécrosé. Dans la branche perpendiculaire de la coronaire gauche, on trouve un caillot long de 2 centimètres. L'auteur a constaté un pareil caillot dans un autre cas de rupture du cœur. Artério-sclérose très prononcée sur toute la longueur de l'aorte et des vaisseaux des organes. L'auteur explique la rupture par ce fait qu'étant donnée l'artério-sclérose, il se formait des caillots qui pouvaient être emportés par le courant sanguin. Un de ces caillots a bouché l'artère coronaire, ce qui a déterminé la nécrose de la paroi du ventricule; c'est cette nécrose qui sous l'influence d'une certaine excitation — peut-être après le cathétérisme — et d'une contraction plus énergique du cœur, aura été la cause de la rupture.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les sucres d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTE

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux. LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES. Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

Le plus Puissant Remède contre
LES VARICES, HÉMORRHOÏDES
ACCIDENTS DE RETOUR D'ÂGE
HÉMORRAGIES et
toutes les Maladies
du système
VEINEUX

PRIX :
3/60

HAMAMELIDINE LOGEAI
Mode d'Emploi :
de 15 à 20 gouttes,
trois fois par jour,
à distance des repas.
ENVOI GRATUIT D'ÉCHANTILLONS
sur demande.

DÉPÔT : Ph^e LOGEAI, 37, Avenue Marceau, Paris.

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE
STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une diurèse rapide
relèvent le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul'S-Martin.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les Anthrax, Cancres, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE

Contenant 60 O/O de Créosote de hêtre et 40 O/O de Tannin forme la base du

CRÉOSAL DUBOIS

SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULÉE — CACHETS

Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **TUBERCULOSES** les Bronchites aiguës ou chroniques, et réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.

PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLÉRÉ

H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER. Indique dans : NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc. SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1^{re} Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol



Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

TUMEURS — CANCERS TRAITEMENT PAR LE THUYA WUHLIN

Observations cliniques par les D^{rs} Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Barataux, Borilly, Fauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

BROMIDIA

HYPNOTIQUE
ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre BROMIDIA, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du BROMIDIA, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,
Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr. ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA

DÉPÔT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

Prix : 5 fr. — Brochure et échantillons envoyés à MM. les Médecins sur demande — Prix : 5 fr.